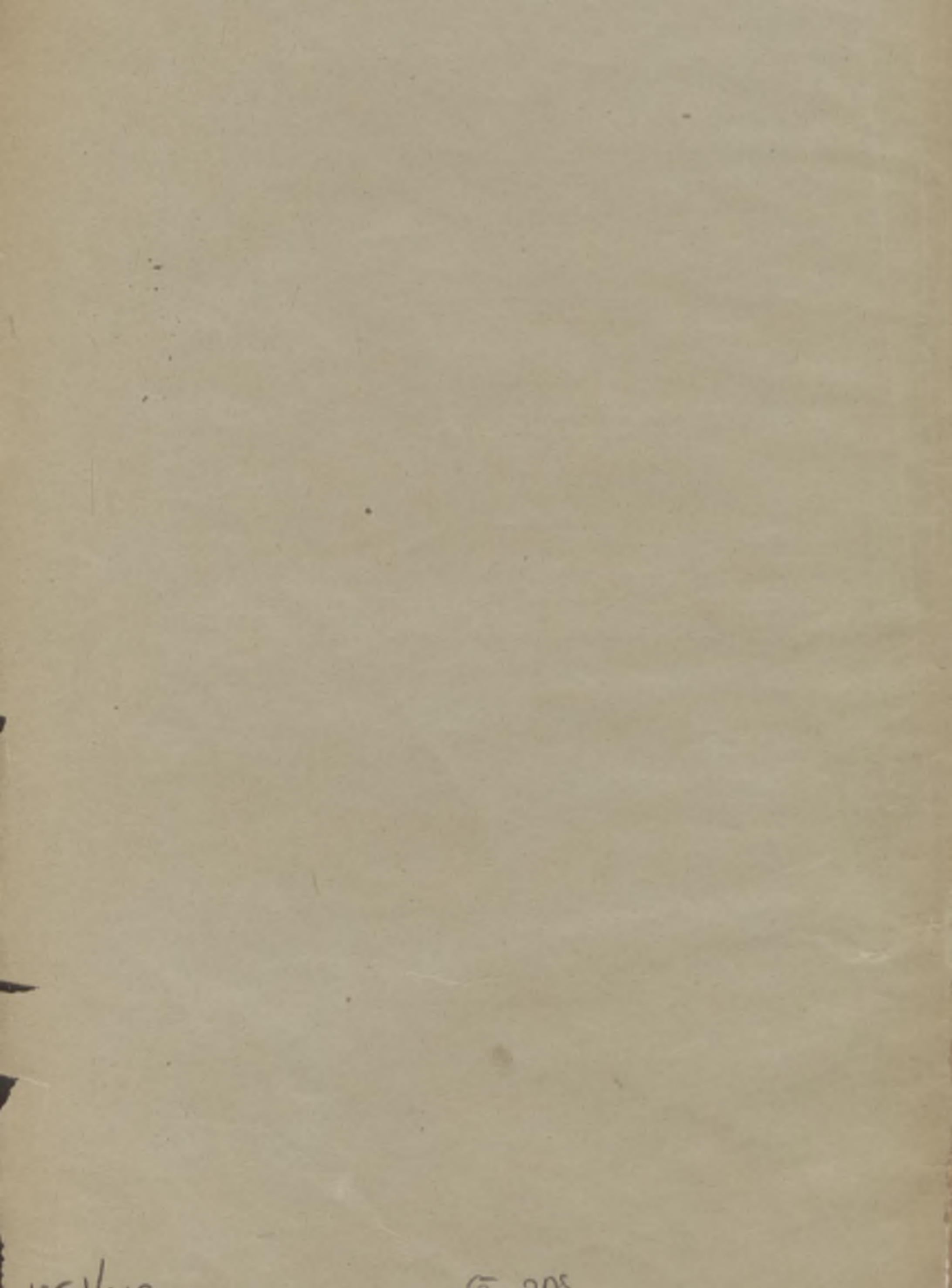
Sonderabdruck

aus dem

Archiv für klinische Chirurgie.



Sonder-Abdruck
aus dem Archiv für klin. Chirurgie. Bd. XLVIII. Heft 1.

Ueber Laparotomie bei innerem Darmverschluss auf Grund eigener 110 Fälle[1]).

Mitgetheilt von

Prof. Dr. Alfred Obaliński,

Krakau.

Nicht das erste Mal trete ich vor einem weiteren ärztlichen Publicum mit einem ähnlichen Thema auf. Vor 6 Jahren referirte ich auf dem V. Congresse polnischer Aerzte und Naturforscher in Lemberg über denselben Gegenstand auf Grund eigener 28 Fälle und gelangte damals zu folgenden Schlüssen[2]):

1. Es ist angezeigt, diagnostische Laparotomien auszuführen, da eine genaue Diagnose auf Grund bisheriger Symptomatologie unmöglich sei;

2. entschieden ist es empfohlen, dort abzuwarten, wo man einen functionellen, in Folge einer Eingeweideentzündung entstandenen Ileus erkennen kann.

In Uebereinstimmung mit diesen Grundsätzen führte ich nachher zusammen 110 Laparotomien bei innerem Darmverschluss aus, ohne in Betreff der Indicationen sehr gewählt zu haben, und erreichte 34,5 pCt. Heilerfolge, somit rettete ich mehr als den dritten Theil derjenigen, welche dem Verderben bestimmt waren.

Und dabei verlor ich nicht das Hauptziel vor meinen Augen,

---

[1]) Der Gegenstand wurde abgekürzt auf dem vorjährigen 5. Congresse polnischer Chirurgen vorgetragen.

[2]) Siehe: Przegl. lekarski vom Jahre 1888 und v. Langenbeck's Archiv XXXVIII. 2.

das Sammeln von Daten, um gewisse Regeln herauszufinden, auf Grund welcher man künftighin sicherer zu diagnosticiren im Stande wäre und gestützt auf die Diagnose mit grösserer Sicherheit und Kühnheit ein Urtheil von der Nothwendigkeit eines so kühnen Verfahrens abzugeben, wie es ohne Zweifel die Laparotomie bietet.

In dem oben erwähnten Referate lenkte ich schon die Aufmerksamkeit auf ein Symptom, welches mir wichtiger erscheint als die anderen: nämlich die vermehrte Darmbewegung, und behufs Anregung zur Observation in dieser Richtung entwarf ich am Schlusse der Abhandlung eine Fragetabelle, wo ich die wichtigsten Fragen, betreffend die Diagnostik des Darmverschlusses, zusammenstellte.

Dass man auf diese Weise zuverlässigere Resultate erreichen kann, beweist die Analogie der letzten Decennien der Geschichte der Medicin. Die Kenntnisse aus dem Bereiche der pathologischen Anatomie würden uns niemals zu solchen Resultaten geführt haben, wie wir sie jetzt im Gebiete der Krankheiten der Sexualorgane bei Frauen, wie auch der Gelenkaffectionen besitzen, wenn nicht ganze Reihen kühn unternommener Laparotomien und Gelenksresectionen dazu beigetragen hätten. Hier wurden die Krankheitsveränderungen in flagranti belauscht, wenn ich diesen Ausdruck gebrauchen darf, und je mehr die Pathogenese sich aufklärte, deste muthiger und entschlossener wurde man und glänzendere Erfolge wurden erreicht.

Die vorliegende Abhandlung bezweckt, nachzuweisen, dass es mir vermittelst diagnostischer Laparotomien gewisse Symptome zu bestätigen gelungen ist, welche die bisnun noch sehr dunkle Frage der Diagnose des inneren Darmverschlusses und zugleich seine Behandlung einigermassen aufhellen. Betrachten wir doch näher, was in dieser Hinsicht während der letzten 6 Jahre im Allgemeinen geleistet wurde und was die Literatur dieser Zeit lieferte.

Eine der wichtigsten ist die von Goltdammer im Jahre 1889 in der Berl. klin. Wochenschr. publicirte und „Ueber Ileus“ betitelte Abhandlung, worin derselbe nachweist, dass er auf 50 im Berliner Krankenhause Bethanien beobachtete Fälle 15 vermittelst hoher Dosen Opium und exspectativer Behandlung rettete. Bei der

einfachen exspectativen Methode also, die gleich dem Nichtsthun ist, erhält man 30 pCt. Heilerfolge, während man nur 4 pCt. mehr gewinnt, wenn man den Kranken einer sehr schweren Operation aussetzt. Augenscheinlibh was für eine einfache Logik, wie soll man sich derselben nicht fügen und nicht zurückschrecken vor der Laparotomie?

Und dennoch verhält sich die Sache anders.

Die Thatsache allein, dass wir vermittelst der Laparotomie 34,5 pCt. ausgeheilte Fälle erreichen, würde wirklich nicht genügen, um nicht nur den Patienten, aber auch den ordinirenden Arzt von den Vorzügen des operativen Verfahrens zu überzeugen. In den eben angeführten Statistiken kommen colossale Unterschiede vor. Das Abwarten, i. e. Nichtsthun, bietet einen am weitesten reichenden und alles Andere ausschliessenden Antrag dar; wenn also Herr Goltdammer bei 50 exspectativ behandelten Fällen 15 rettete, so wird dabei alles Andere ausgeschlossen; wenn ich bei 110 Laparotomirten 38 Heilerfolge erreichte, ist eine zweifache Alternative möglich: erstens, ob in diesen allen Fällen nicht schon jenes von Herrn Goltdammer und Anderen gepriesene Mittel gebraucht wurde, und zweitens, ob ich nicht über eine Reihe von Kranken verfüge, wo die Laparotomie nicht angewendet wurde. Alle beiden Eventualitäten fanden statt. Leider operirte ich von den angeführten 110 Fällen nur wenige in der rechten Zeit, der grösste Theil derselben meldete sich spät, und dennoch war der Procentsatz der Geheilten um 4,5 pCt. höher, um wie viel grösser würde sich derselbe bei frühzeitig ausgeführter Laparotomie darstellen? Andererseits verfüge ich über eine Reihe von 20 Fällen, wo ich auf die Laparotomie nicht einging und von welchen nur 5 Kranke starben. Was man exspectativ gewinnen kann, wies schon Herr Goltdammer nach; überdies existirt Nichts; welche Resultate wir aber durch die Laparotomie zu erringen vermögen, ist noch unbekannt, das ist die Therapie der Zukunft, diese beiden Verfahren können also mit einander nicht verglichen werden.

Ferner wurde bei meinen Kranken die Diagnose durch die Operation constatirt sowohl bei Genesung, wie auch bei tödtlichem Ausgange; in jenen Fällen aber konnte dieselbe nur nach ausgeführter Section nachgewiesen werden.

Uebrigens betrachten wir die Zusammenstellung dieser Fälle, wie sie der Verfasser selbst angiebt:

		Genesen	Gestorben
10 mal	Carcinoma coli	0	10
7 ,,	Invaginatio	1	6
6 ,,	Infractio v. Adhaesio	4	2
5 ,,	Stricturae cicatricales	0	5
4 ,,	Torsio	0	4
2 ,,	Tuberculosis periton.	1	1
2 ,,	Strangulatio	0	2
1 ,,	Repositio spuria	0	1
1 ,,	Obturatio p. calc. bilios.	0	1
12 ,,	Diagnosis incerta	9	3
50		15	35

Unsere Statistik stellt sich nun derart dar:

		Genesen	Gestorben
19 mal	Torsio flex. sigm.	9	10
19 ,,	Torsio ilei	5	14
11 ,,	Strangulatio	5	6
11 ,,	Stricturae carcinom.	3	8
9 ,,	Peritonitis perforat.	1	8
7 ,,	Invaginatio	0	7
5 ,,	Accretio diffusa	1	4
5 ,,	Repositio spuria	2	3
4 ,,	Infractio intest.	3	1
4 ,,	Stenosis cicatric.	3	1
4 ,,	Tuberculosis periton.	1	3
3 ,,	Compressio intest.	1	2
3 ,,	Peritonitis non perfor.	1	2
6 ,,	Hernia occulta	3	3
110		38	72

Erscheint es noch nothwendig, die ungeheuren Werthunterschiede in beiden Zusammenstellungen anzudeuten; bemerkt man nicht bei einfacher Durchsicht der ersten Zusammenstellung das ganze Uebergewicht der Genesenen ohne Diagnose? Könnte ich es mit meinem Gewissen vereinbaren, bei Darmtorsion exspectativ vorzugehen, wo ich bei 38 Fällen 14 rettete, indem ich bei ungünstigsten Verhältnissen operirte?

Bei Besichtigung auf diese Weise der einzelnen Positionen in beiden Zusammenstellungen kommt man zur Ueberzeugung, dass ich ausser den gewöhnlich zu spät operirten Invaginationen in

allen mit einem mechanischen Hindernisse behafteten Fällen viel günstigere Resultate erlangt habe, als Goltdammer, hingegen scheinen meine Stellen mit den schlimmsten Erfolgen (Peritonitis perforativa) mit jener unbestimmten, die besten Erfolge nachweisenden Position von Goltdammer übereinzustimmen. Dadurch wird die, schon vor 6 Jahren von mir gegebene Aeusserung, in Fällen functioneller innerer Darmocclusion sei vortheilhafter, die exspectative Behandlung einzuleiten, bestätigt.

Der wichtigste Unterschied aber zu Gunsten meines Verfahrens besteht darin, dass wir bei der Methode von Goltdammer dem blinden Schicksale trauen und, was noch schlimmer, uns jeden zum Fortschritte führenden Weg versperren, der bei meiner Behandlung offen steht; ich werde nämlich streben, weiter unten nachzuweisen, dass es Fälle giebt, wo man bestimmt einen functionellen von einem wirklichen Darmverschluss zu unterscheiden im Stande ist. Kehren wir aber für eine Weile zu unserem Gegenstande zurück. Einen entschiedenen Vortheil brachte uns die Arbeit von Goltdammer, nämlich, dass sie unbedingt den forcirten Gebrauch von Laxantien verdammt und die Behandlung vermittelst Narcotica an vorderster Reihe stellt. Wenn wir daher eine exspectative Behandlung vorzunehmen entschlossen sind, behalten wir es im Gedächtnisse, dass wir in den, und zwar in grossen und öfters dargereichten Dosen, Narcoticis einen tapferen Bundesgenossen besitzen.

Die zweite, zwar scheinbar unbedeutende aber dafür consequent unberücksichtigte Arbeit ist der kurzgefasste und im Przegl. lekars. vom Jahre 1889 publicirte Artikel meiner Feder unter dem Titel[1]): „Ueber die secundäre i. e. in Folge chirurgischer Eingriffe am Bauchfell entstandene Darmocclusion“, worin ich einen, fast vor meinen Augen sich entwickelnden Fall von Darmverschluss beschrieb, der an meiner Abtheilung 3 Wochen nach vollzogener Hysterektomie entstand und wobei ich, gestützt auf ein Symptom, nämlich die vermehrte Darmbewegung, einige Stunden nach dem Auftreten der ersten Schmerzen einen mechanischen Darmverschluss diagnosticirte, bald zur Operation schritt, eine eingeklemmte Darmschlinge fand und nach Freilegung derselben die Kranke rettete. Diesem Symptome verlieh ich damals eine patho-

---

[1]) Deutsch in der Berl. klin. Wochenschr. 1889.

gnomische Bedeutung bei acutem, durch plötzliche Wirkung eines mechanischen Hindernisses hervorgerufenem Darmverschluss und warf mir nur die Frage auf, ob dessen Entstehen immer so rasch sei oder ob nur bei gewissen Bedingungen. Wie mich meine Erfahrung lehrt, müssen wirklich gewisse günstige Momente dazu beitragen und ich wage es nicht positiv zu behaupten, sondern erlaube mir nur meinen Verdacht zu äussern, dass ich ein reizendes Agens in der Gestalt einer vom Bauchfell der eingeklemmten Darmschlinge transsudirten Flüssigkeit vermuthe.

Ob meine Meinung wirklichen Thatsachen entspricht, müsste dieselbe durch an Thieren unternommene Experimente bestätigt werden und ein diese Frage behandelndes Thema übergab ich einem meiner Mitarbeiter als Motiv zu einer experimentellen Arbeit. Meine Vermuthungen werden durch folgende Beobachtungen bekräftigt: 1. Bei einer äusseren Brucheinklemmung bemerken wir sehr selten und in diesem Falle nur während einer späteren Periode in dem oberhalb in der Bauchhöhle gelegenen Darme eine vermehrte peristaltische Bewegung; 2. nach Reducirung einer Darmschlinge eines äusseren incarcerirten Bruches erscheinen nicht selten einer oder mehrere Stuhlgänge und dann entsteht dennoch ein Darmverschluss, dessen Ursache man am öftesten in einer Torsion des vorher eingeklemmten Darmes vorfindet; 3. mein oben angeführter Bericht bestätigt das rasche Erscheinen der peristaltischen Bewegung in einem Falle, wo von der incarcerirten Darmschlinge ein Transsudat in die Bauchfellhöhle durchsickerte.

Wenn dieser Umstand aber wirklich sich bestätigen sollte, würde es sich lohnen nachzuweisen, ob die in diesem Transsudate enthaltenen Salze oder Bacillen wirkend seien. Zu Gunsten der ersten sprechen die Experimente von Nothnagel, welcher nachwies, dass Kochsalz an einer schon erschlafften Darmschlinge noch die peristaltische Bewegung hervorruft; gegen die andere Eventualität treten zwei Umstände auf, nämlich, wie die neuesten Untersuchungen von Rovsing[1]) erweisen, gelangen keine Bacillen ins Bruchwasser, ausser zur Zeit, wenn die eingeklemmte Darmwand gangränös zu werden anfängt; dann scheinen die Gedärme bei Gegenwart von Bacillen, die mit dem Peritoneum in Berührung

---

[1]) Centralblatt f. Chir. 1892. No. 32.

kommen, einem entgegengesetzten Zustande, einer Lähmung (Ileus functionalis paralyticus) anheimzufallen. Oefter hatte ich die Gelegenheit zu constatiren, dass man ein dem Bruchwasser ähnliches Transsudat in der Bauchhöhle bei einer eingeklemmten Darmschlinge vorfindet; über denselben Umstand berichtet auch Braun und am letzten Congresse französischer Chirurgen erhob sogar Gangolphe dieses Symptom zu einer diagnostischen und pathognomischen Bedeutung. Die Entscheidung, ob die transsudirte Flüssigkeit gelöste Salze wirklich enthält und ob dieselben thatsächlich reizen und eine vermehrte peristaltische Darmbewegung verursachen, überlasse ich den an Thieren zu unternehmenden Experimenten.

Beinahe gleichzeitig mit meinem oben erwähnten Artikel, aber immer etwas später als derselbe erschien eine Abhandlung von Schlange[1]) „Zur Ileusfrage", worin derselbe ähnlich wie ich ein starkes Gewicht auf das Symptom der vermehrten peristaltischen Darmbewegung legt und alle Fälle von Darmverschluss, bei denen sich dieses Symptom hervorthut, als qualificirbar zur Laparotomie bezeichnet.

Das wichtigste, den Bereich des besprochenen Stoffes berücksichtigende Ereigniss war die Mittheilung von v. Wahl in Dorpat[2]), dass er bei gewissen Formen von Darmverschluss und zwar denjenigen, wo eine Darmschlinge einer Einklemmung anheimfällt, einen lokalen Meteorismus, der auf Blähung und Befestigung derselben Darmschlinge beruht, beobachtete.

v. Wahl behauptet daher, dass wir bei Möglichkeit einer Nachweisung eines localen Meteorismus eine Einklemmung einer Darmschlinge, eine Torsion, eine Strangulation, eine innere Incarceration oder Invagination entschieden diagnosticiren können und bald nachher bekräftigt er seine Behauptung durch Publicirung dreier Fälle, wo es ihm gelang einen solchen Zustand zu erkennen und zur rechten Zeit zu operiren[3]).

Nach dem frühzeitigen Tode des Verfassers beschäftigte sich seine Schule mit diesem Gegenstande und zwar v. Zoege-Manteuffel und Bronislaus Kader, die auf dem XX. Congresse deutscher Chirurgen die von ihrem Meister verkündigten Grundsätze

---

[1]) Archiv f. klin. Chirurgie. XXXIX. 429.
[2]) Centralblatt f. Chir. 1889. No. 9.
[3]) Archiv f. klin. Chirurgie. XXXVIII. 233.

vertheidigten und dieselben mit einer Reihe schöner, an Thieren [1]) und in der Klinik [2]) ausgeführter Experimente unterstützten. Aus der damals durchgeführten Discussion, an welcher ausser den oben erwähnten Verfassern auch Schlange theilnahm, geht hervor, dass der letztere zu sehr die Wichtigkeit des localen Meteorismus geringschätzte, während die anderen zu wenig ein so wichtiges Symptom wie die vermehrte peristaltische Darmbewegung berücksichtigten.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass das eine wie das andere Symptom seit den ältesten Zeiten bekannt und untersucht war, aber zugleich ist es eine unwiderlegbare Thatsache, dass die Bekanntmachung der pathognomischen Bedeutung des localen Meteorismus v. Wahl und seiner Schule gebührt, während mir und Schlange das Verdienst beigelegt werden muss, dass wir das

[1]) Kader: Ein experimenteller Beitrag zur Frage des localen Meteorismus bei Darmocclusion. Dorpat. Inaug. Diss. 1891.
[2]) Archiv f. klin. Chir. XLI. Heft 3.

Tabelle I.

Torsio

Laufende Nummer.	Vor- und Zunahme, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
1.*	Wincenty K., 27 Jahre alt, in seiner Wohnung.	8 Tage.	Nichts notirt — wie viel ich mich erinnere, fand ich am achten Krankheitstage schon den Bauch gleichmässig gewölbt ohne Darmbewegungen etc.	Occlusio intestini ohne gewisse Einzelheiten.
2.*	Aron Alter, 20 Jahre.	5 Tage.	Es wiederholte sich einige Male. Anfallsweise heftige Schmerzen, Meteorismus irregularis gut markirt. Keine peristaltische Bewegung, manchmal Erbrechen. Kräfte u. Puls gut.	Torsio flexurae sigmoid.
3.*	do. 4 Monate später.	8 Tage.	Bild und Beschreibung nicht klar. Bei der Diagnose stützte man sich hauptsächlich auf die Vermuthung eines Recidivs. Temperatur 38,7, fiel auf.	Torsio flexurae sigm. (Peritonitis incipiens?)

Hauptgewicht auf die hohe diagnostische Bedeutung der vermehrten Darmbewegung oberhalb des Hindernisses legten.

Die vorliegende Abhandlung bezweckt, an einem zahlreichen, eigenen casuistischen Material, das genau, denn in jedem Falle durch Laparotomie und öfters wiederholentlich durch Section controlirt wurde, nachzuweisen, wie sich diese zwei wichtigen diagnostischen Symptome rücksichtlich verschiedener Formen von Darmocclusion wie auch gegen einander verhalten, um daraus welche Schlüsse zu ziehen, die uns in der Zukunft als Wegweiser in diesem dunkelen pathologischen Labyrinth dienen könnten.

Mein, aus 110 Fällen von Laparotomie bei Darmocclusion bestehendes Material theile ich in 14 Gruppen nach den bei der Operation oder Section vorgefundenen Veränderungen ein und beginne hiermit die einzelnen Gruppen sorgfältig zu besichtigen, wobei ich erwähnen muss, dass die ersten 38 (hier mit einem Sternchen (*) bezeichneten) Fälle schon in meinen vorherigen Abhandlungen über Darmverschluss (l. c.) beschrieben waren.

Tabelle I.

flex. sigm.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang	Anmerkung.
Laparotomia. Detorsio 1882.	Peritonitis universalis, Torsio flexurae sigm. Stuhlgang bald nach der Detorsion.	Torsio flexurae sigmoid.	Mors in 48 Stund.	
Laparotomia. Punctio, Detorsio, 19. Sept. 1884.	Das dicke Gedärm sehr gebläht aber rosa farbig, das dünne Gedärm eingefallen! Rectum eingefallen, Stuhl nach Detorsion, zwischen den Gedärmen hellbraune Flüssigkeit.	Bestätigte sich.	Sanatus in 10 Tagen.	NB. Die Gestalt der Bauchblähung entspricht ganz dem localen Meteorism.
Laparotomia. Detorsio, Punctio, 17. Jan. 1885.	Torsion war vorhanden, aber weniger deutlich als das erste Mal. In der Bauchhöhle Flüssigkeit, dünne Gedärme erweitert, alle injicirt.	Bestätigte sich.	Mors in 3 Tagen.	Die Section wies nach, dass Darminhalt in die Bauchfellhöhle durch ein perforirtes typhöses Geschwür gelangte.

Laufende Nummer.	Vor- und Zunahme, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
4.*	Jozef Gajda, 54 Jahre.	2 Tage.	Beschreibung unklar! Keine Darmbewegung. Bauch stark gebläht, rechtwinklig. Erbrechen. Kräfte sehr gering. Puls schwach.	Torsio flexurac sigmoid.
5.*	Majlech Fürst, 46 Jahre.	8 Tage.	Erbrechen spät. Heftige Schmerzen. Kugelförmige aber unregelmässige Blähung.	Torsio flexurac sigm. Peritonitis incipiens.
6.	Rozalie Schuster, 63 Jahre.	8 Tage.	Der Bauch ballonförmig gebläht! Beschreibung unklar. Dysenterie vor 30 Jahren.	Diagnose im Allgemeinen — Occlusio intestini.
7.	Blazej Pajak, 60 Jahre.	10 Tage.	War vor 8 Tagen an der Abtheilung mit leichten Zufällen, wollte sich nicht entschliessen zur Operation. Zeichnung der erweiterten Gedärme ausgeprägt. Kräfte schwach.	Torsio flex. sigm. Peritonitis incip.
8.	Jakób Górnisiewicz, 37 Jahre.	4 Tage.	Meteorism. localis sehr ausgeprägt, kein Erbrechen, Schmerzen anfallweise, keine peristaltische Darmbewegung.	Torsio flexurae sigmoid.
9.	Jakób Górnisiewicz, 38 Jahre.	3 Tage.	Meteorismus localis deutlich an der linken Seite. Keine Darmbewegung. Kein Erbrechen. Heftige Schmerzen.	do.
10.	Israel Brandt, 72 Jahre.	4 Tage.	Gleichmässige Aufblähung, Erbrechen; Schmerzen, Singultus.	Allgemeine Diagnose.
11.	Marya Zuchnicka, 53 Jahre.	7 Tage.	Meteorismus localis ausgeprägt, vermehrte Darmbewegung, spätes Erbrechen.	Torsio flexurac sigm.
12.	do.	18 Stund.	Meteorismus localis, kothiges Erbrechen, heftige Schmerzen in der rechten Leistengegend.	do.
13.	Franziska Jamrozik, 40 Jahre.	5 Tage.	Heftige Schmerzen in Anfällen. Meteorismus localis, schwache Kräfte.	do.
14.	do.	24 Stund.	Anfallweise auftretende Schmerzen, am Nabel Hervorwölbungen (Meteorism. local.), vermehrte Peristaltik, kein Erbrechen.	do.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomie am 5. Juli 1885.	Bei der Operation dünne Gedärme sehr erweitert. Flex. sigm. eingefallen, nach rechts hingezogen!! Agonie während der Operation darum Ungewissheit.	Ich bin berechtigt zu vermuthen eine Torsion des ganzen dünnen Gedärmes.	Mors bald nach der Operation.	Section 0.
Laparotomie. Anus praeternatur. 3. October 1887.	Das ganze Bauchfell stark injicirt, Flex. sigm. erweitert. Torsion derselben.	Bestätigte sich.	Mors am 9. Tage.	Section 0. NB. Obwohl Stuhlgang war, schritt Peritonitis fort.
Laparotomie. Res. int. ilei et crassi. Ileorectorhaphie. 8. Juli 1889.	Verwachsungen zwischen S.-Rom. und Coecum, Symptome der beginnenden Gangrän in den dicken Gedärmen.	Am wahrscheinlichsten: Accretiones diffus. intestinorum.	Mors nach einigen Stunden.	Section 0.
Laparotomia. Detorsio. 28. November 1889.	0	Torsio flexur. sigmoid.	Mors nach einigen Stunden.	Section wies eine Peritonitis nach, die vom Mesenter. flex. sigm. ausging.
Laparotomia. Detorsio. 12. April 1889.	Flex. sigm. ausgedehnt, stark geröthet, Torsion derselben. Nach Detorsion bald Stuhlgang.	Bestätigte sich.	Sanatus in 14 Tagen.	
Laparotomia. Detorsio 31. März 1890.	Nach der Detorsion bald Stuhlgang. Am folgenden Tage guter Zustand und am 3 Tage peritonitische Symptome.	do.	Mors am 3. Tage.	Die Section wies eine Peritonitis nach, die vom Mesenter. flex. sigm. ausging.
Laparotomia, Enterotomia, Detorsio 20. September 1890.	Col. transv. sehr aufgebläht, wurde incidirt. Erst dann Torsio flex. sigm. bestätigt, zwei Tage Besserung, am dritten schritt Peritonitis fort.	Torsio flex. sigm.	Mors am 4. Tage.	0
Laparotomia, Detorsio 14. August 1890.	0 Einige Stunden nach reichlicher Stuhlgang.	Bestätigte sich.	Sanata a. 18. Tage.	—
do. am 20. September 1890.	Stuhlgang während der Operation, dann erhöhte Temperatur bis an 38,7, Zunge trocken, Diarrhoe.	do.	Mors am 10. Tage.	—
Laparotomia, Enterotomia, Detorsio. am 3. März 1890.	Flex. sigm. so ausgedehnt, dass Detorsion erst nach der Enterotomie stattfand.	do.	Sanata am 8. Tage.	—
Laparotomia, Resectio flex. sigm. 28. Januar 1891.	Um Recidiven vorzubeugen wurde die ganze Flex. sigm. resecirt.	do.	Sanata in 3 Wochen.	—

Laufende Nummer.	Vor- und Zunahme, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
15.	Hinda Teichner, 45 Jahre.	12 Tage.	Schmerzen anfallweise, Erbrechen reichlich, Meteor. local. als zwei Hervorwölbungen ober- und unterhalb des Nabels. Geringe Kräfte.	Torsio flex. sigm.
16.	Marcin Nowak.	5 Tage.	Meteorismus localis ausgeprägt, vermehrte Darmbewegung.	do.
17.	Mordko Knispel, 60 Jahre.	5 Tage.	Meteor. loc. als Hervorwölbungen unter dem Rippenbogen, Peristaltik = 0, Erbrechen = 0, Flüssigkeitsknurren.	do.
18.	Franciszek Owczarz, 33 Jahre.	4 Tage.	Meteor. local. (Haustra intest. zeichnen sich, unbeweglich), heftige Schmerzen, Spannung, Erbrechen = 0, Kräfte gut, Peristaltik = 0.	do.
19.	Frau A . . . . cz, 59 Jahre.	3 Tage.	Anfallweise Kreuzschmerzen, Meteor. loc. in Gestalt grösserer Hervorwölbungen, Erbrechen = 0, keine peristaltische Bewegung, Kräfte gut, Flüssigkeitsknurren.	do.

Das oben angegebene Verzeichniss weist nach, dass bei 19 Fällen von Torsion der S-förmigen Krümmung 9 vermittelst der Laparotomie einen günstigen Erfolg erreichten, und wenn wir einen Todesfall (No. 6) in Abzug bringen, der als mit diesem Leiden behaftet nicht bestimmt constatirt war, so hätten wir 9 gegen 18=50 pCt. Dieses Verhältniss stellt einen kolossalen Gewinn im Vergleich zur exspectativen Behandlung dar, wobei man nichts retten könnte, wie auch rücksichtlich des Umstandes, dass ich in einer so späten Periode die Operation vornahm. Die durchschnittliche Zeit vor der Ausführung der Operation in obigen Fällen betrug nämlich 5 Tage (der grösste Zeitraum war 12 Tage); ich bin tief überzeugt, dass wir beim Vollbringen der Laparotomie am dritten, spätestens am vierten Tage nicht 50 pCt., sondern am wenigsten 80 pCt. günstige Resultate erlangen könnten.

Ist es möglich, eine Torsion der S-förmigen Krümmung frühzeitig zu diagnosticiren? Man kann dieselbe erkennen und zwar, entweder im Allgemeinen als ein plötzliches, mechanisches Hinder-

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia, Resectio flex. sigm. am 28. Juni 1891.	Um Recidiven vorzubeugen, wurde die ganze Flexura sigm. resecirt. 47 Ctm. Darm wurde resecirt.	Bestätigte sich.	Mors in 24 Stund.	Bemerkenswerth in diesem Falle, dass nach Einführung einer Gummisonde Erleichterung, dann Krankheitszufälle wie vorher.
Laparotomie, Detorsio am 3. August 1891.	Wegen geringer Kräfte des Kranken wurde nicht resecirt.	do.	Sanatus in 14 Tagen.	
Laparotomia. Resectio flex. sigm. 4. August 1891.	56 Ctm. Flex. sigm. wurden resecirt.	do.	Mors in 4 Wochen.	Bei der Section Pneumonie. Die resecirte Stelle ganz geheilt.
Laparotomia, Detorsio, 23. Januar 1893.		do.	Sanatus in 3 Wochen.	
do. 5. April 1893.	Bei der Laparotomie fand man nur eine Torsion einer stark aufgeblähten Schlinge der Flex. sigm.	do.	Sanata in 4 Wochen.	

niss, welches sich durch rasche peristaltische Darmbewegung auszeichnet, oder als einen typischen localen Meteorismus und in diesem letzten Falle kann man speciell eine Torsio flexurae sigmoid. diagnosticiren.

Dieses Symptom tritt sehr frühzeitig auf; ein Mal nur hatte ich die Gelegenheit es (No. 12) in einem Falle 18 Stunden nach dem Erscheinen der ersten Zufälle i. e. Schmerzen nachzuweisen.

Worin beruht das Typische des localen Meteorismus bei der Torsion des S romanum? Mit blossem Auge kann man gewöhnlich zwei, manchmal eine oder drei über 10 Ctm. lange und bis zu 10 ctm breite Hervorwölbungen constatiren, die bei der Percussion einen hohen tympanitischen Schall nachweisen, beim Betasten Widerstand leisten und bei einem Schmerzanfall am meisten sichtbar werden. Wenn ich noch hinzufüge, dass man beim Erschüttern einen metallischen Schall der sich bewegenden dünnen Flüssigkeit in der aufgeblähten Darmschlinge vernimmt und kein Erbrechen

oder es sehr spät vorfindet, so besitzen wir das entworfene charakteristische Bild einer Torsion der S-förmigen Krümmung.

Zu dieser Behauptung veranlassen mich rationelle Gründe: Bei diesen 19 Krankheitsbildern beobachtete ich 15 Mal einen localen Meteorismus, und in 4 Fällen war nichts angegeben und am häufigsten darum, weil das ursprüngliche Bild unter dem Andrange peritonitischer Erscheinungen verwischt war. Eine vermehrte peristaltische Darmbewegung beobachtete ich 4 Mal, was als eine natürliche Folge zu erklären sei, da die Aufblähung der Darmschlinge so bedeutend ist, dass sie andere Symptome verdeckt. Dass diese Darmbewegung aber in der Tiefe vorhanden sein muss, beweisen jene anfallweise auftretende Schmerzen und das Hervorwärtsdringen der Contouren der aufgeblähten Darmschlinge.

Zehn Mal war kein Erbrechen vorhanden, in einer späten Periode erschien es 6 Mal und drei Mal war nichts notirt.

Es ist charakteristisch, dass diese Torsion zu recidiviren Neigung hat, obwohl es im Voraus anzunehmen wäre, dass das Peritoneum der Darmschlinge, allein schon durch die Acte der Torsion und Detorsion und noch mehr von den Ernährungsstörungen

Tabelle II.

Torsio

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
20*	Matys Gelber, 27 Jahre.	3 Tage.	Anfallweise heftige Schmerzen, öfteres Erbrechen. Meteorismus begrenzt um die Nabelgegend. Vermehrte peristaltische Darmbewegung.	Es wurde Volvulus diagnosticirt.
21*	Franciszek Cichocki, 22 Jahre.	5 Tage.	Fortwährende Schmerzen. Gleichmässiger Meteorismus. Der Bauch bei Druck schmerzhaft. Keine Darmbewegung, öfters Erbrechen.	Es wurde Peritonitis diagnosticirt, deren Ursache man nicht angeben konnte.
22*	Tomasz Kwasniowski, 37 Jahre.	2 Tage.	Heftiger Schmerz. Fortwährendes Erbrechen. Keine Peristaltik, gleichmässige Blähung, nur über dem Nabel schattirt sich eine transversale Hervorwölbung.	Diagnosticirt Torsio flex. sigmoid. subsequa Peritonitide.

gereizt, in der Folge Verwachsungen unterliegen wird. Wie das nicht selten vorkommt, fanden auch hier die theoretischen Auseinandersetzungen keine Bestätigung in der Praxis. Ein Blick auf die obere Tabelle lehrt uns, dass derselbe Zustand, ungeachtet der Detorsion während der Operation, bei vier Personen in einem Zeitraume etlicher Monate sich wiederholte (Siehe No. 3, 9, 12 und 14). Während der Beschreibung des ersten Falles, also schon im Jahre 1885, erklärte ich, das einzige radikale Mittel gegen das Recidiv wäre die Resection eines grösseren Theiles der S-förmigen Krümmung. Seit dieser Zeit brachte ich diesen Vorschlag drei Mal in Thätigkeit (No. 14, 15 und 17), im ersten und dritten Falle mit günstigem und im zweiten mit ungünstigem Erfolge. Ausser mir führten die Resection der S-förmigen Flexur bei Torsion derselben nur Braun[1]) und v. Zoege-Manteuffel[2]) aus, aber beide aus Nothwendigkeit i. e. wegen Gangrän der tordirten Darmschlinge; das ganze Verdienst des Vorschlages und der Ausführung der Resection der tordirten S-förmigen Krümmung, um Recidiven dieser Krankheit vorzubeugen, gebührt daher mir.

[1]) Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Chir. 1891.
[2]) Archiv für klin. Chirurgie. XLI. 574.

Tabelle II.

intest. ilei.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. Detorsio. 2. September 1885.	Man fand am Krummdarm eine einfache Torsion und auf der erweiterten tordirten Darmschlinge Extravasate.	Torsio ilei.	San. in 3 Wochen.	
Laparotomia. Detorsio. 30. Oktober 1886.	Man fand den Dünndarm 1 m unterhalb des Duodenum bis in der Nähe des Coecum tordirt, unterhalb Dünn- und Dickdarm eingefallen.	Torsio ilei.	Mors in 5 Stunden.	
Laparotomia. Enterotomia. Detorsio. 30. August 1886.	Torsion des Dünndarmes-Peritonitis ausgeprägt.	do.	Mors in 1 Stunde.	

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
23.*	Gitla Feuerowa, 46 Jahre.	Einige Monate.	Oeftere und hartnäckige Stuhlverstopfung. Vermehrte Darmbewegung, mässige Blähung.	Diagnosticirt Strictura vel Inflexio ilei.
24.*	MaryaStankiewiczowa 48 Jahre.	4 Tage.	Die Gestalt des Bauches kugelförmig, Hervorwölbung und Widerstand in der Coecalgegend. Vermehrte Darmbewegung, Erbrechen.	Torsio ilei c. coeco.
25.*	Józef Marchewka, 32 Jahre.	2 Tage.	Vor 6 Tagen laparotomirt wegen reductio spuria herniae incarc. Plötzlicher Schmerz, Hervorwölbung an der Coecalgegend. Vermehrte Peristaltik, Erbrechen.	Torsio ilei.
26.	Jan Niemczak, 40 Jahre.	3 Tage.	Schmerz nach einem Herunterspringen. Fassförmige Gestalt, oberhalb des Nabels einige transversale Striche. Peristaltik 0. Oefteres Erbrechen. Geringe Kräfte.	Diagnosticirt Peritonitis ad torsionem.
27.	Andrzej Znalezniak, 19 Jahre.	3 Tage.	Es wiederholte sich seit 4 Jahren. Kuppelförmige Gestalt oberhalb und rechts vom Nabel mit transversalen Strichen. Darmbewegung 0. Oefteres Erbrechen. Rechts grösserer Widerstand.	Volvulus.
28.	Jan Talaga, 38 Jahre.	6 Tage.	Kuppelförmige Gestalt. Fortwährender Schmerz. Anfangs Erbrechen. Darmbewegung ausgeprägt.	Volvulus ilei.
29.	Jgdrzej Jura, 37 Jahre.	4 Tage.	Keine Notizen.	?
30.	Antonina Krupa, 56 Jahre.	3 Tage.	Fortwährende Schmerzen, Erbrechen, Bauch beim Betasten schmerzhaft, eine Erhabenheit in der Coecalgegend, eine zweite in der Gegend des S romanum. Im Rectum blutiger Schleim und Widerstand.	Diagnosticirt Invaginatio c. Peritonitide incipiente.
31.	Agata Wybranowska, 70 Jahre.	8 Tage.	Plötzlicher Schmerz nach dem Essen, Erbrechen. Gleichmässige Aufblähung. Darmbewegung 0. Collapsus.	Peritonitis verisimil. et Torsio ilei.
32.	Józef Klita, 38 Jahre.	18 Stund.	Rutschte mit einer Last ab. Heftiger Bauchschmerz. Ein Bruch kam zum Vorschein, liess sich nicht zurückführen, Erbrechen. Collapsus, gleichmässige Blähung.	Hernia inguin. incarcerata.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. 9. August 1887.	Das Coecum locker, 30 Ctm. oberhalb Torsio ilei um das Mesenterium aber locker.	Torsio ilei incipiens.	San. in 12 Tagen.	
Laparotomia. Detorsio. 4. August 1888.	Torsion des Coecum um sein Mesenterium, in der Bauchhöhle viel schmutzig braunes Transsudat.	Torsio coeci.	San. in 20 Tagen.	
Laparotomia. Detorsio. Enterotomia. 21. August 1888.	Torsio ilei eben oberhalb des Coecum und unter dasselbe hineingeschoben. Gedärme oberhalb sehr erweitert.	Torsio ilei.	San. in 6 Wochen.	NB. Der Fall ist einem Thierexperimente gleich, denn vom ersten Augenblick beobachtet, entstand derselbe nämlich auf der Abtheilung nach einer Laparotomie.
Laparotomia. Enterotomia. Detorsio. 20. Oktober 1888.	Torsion des beinahe ganzen Ileum um sein Mesenterium. An der Spitze gangränöse Veränderungen. Fibrinöse Ablagerungen.	Bestätigte sich.	Mors am 6. Tage.	Koth in der Wunde. Es war angezeigt, den gangränösen Theil zu reseciren!
Laparotomia. Detorsio. 30. Novemb. 1888.	Torsion des Coecum mit dem ganzen Ileum, Jejunum und Dickdarm eingefallen.	Torsio ilei c. coeco.	Mors in 24 Stunden.	NB. Während der Narkose Asphyxia vomitoria.
Laparotomia. Enterotomia. 8. Juli 1890.	Torsion eines Theiles des Ileum. Peritoneum geröthet, injicirt.	Torsio ilei.	Mors in 48 Stunden.	
Laparotomia. Detorsio.	—	Torsio ilei c. coeco.	San. in 12 Tagen.	
Laparotomia. Resectio intest. ilei Enterorhaphie.	Ein Theil des Ileum tordirt, schwarz, 126 Ctm. wurden resecirt.	Torsio ilei.	Mors in 24 Stunden.	
Laparotomia. Detorsio. Enterotomia. 15. Februar 1891.	Der Zustand der Kranken war so elend, dass man sich nicht zur Operation entschliessen konnte und sie wurde erst am zweiten Tage bei besserem Pulse operirt. Peritonitis septica!	Torsio ilei subsequa Peritonitide.	Mors in 3 Stunden.	
Herniotomia dein Laparotomia. Resectio intest. Enterorhaphia.	Nach Eröffnung des Bruchsackes fand man dort schwarze aber freie Darmschlingen daher Laparotomie. Torsion des beinahe ganzen Ileum und Coecum. 365 Ctm. resecirt.	Torsio ilei et coeci.	Mors in 22 Stunden.	Die Linderung war bedeutend, denn vorher sehr heftige Schmerzen.

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
33.	Jedrzej Siekirka. 70 Jahre.	10 Tage.	Hernia ing. irrepon. Fortwährende Schmerzen, übel riechendes Erbrechen, Erhabenheit an der Nabelgegend, vermehrte Darmbewegung.	Zweifel, ob Occlusion durch Hernia oder Torsion verursacht.
34.	Jan Wilkosz, 40 Jahre.	3 Tage.	Grosser fortwährender Schmerz. Gleichmässige Blähung. Erbrechen. Geringe Kräfte.	Peritonitis ex occlusione.
35.	Jedrzej Raczka, 34 Jahre.	30 Stund.	Heftiger Schmerz, gleichmässige Blähung. Ueber dem Nabel zeichnen sich einige Darmschlingen, keine Peristaltik. Erbrechen. Geringe Kräfte.	Torsio ilei c. Peritonitide.
36.	Jan Róg, 56 Jahre.	3 Tage.	Fortwährende Schmerzen, Erbrechen, keine Darmbewegung. Einige Schlingen zeichnen sich an der Nabelgegend, mässige kuppelförmige Blähung.	Torsio intest. ilei.
37.	Estera Mosler, 50 Jahre.	8 Tage.	Schmerz. Gleichmässige Aufblähung mit einigen sich schattirenden Schlingen an der Nabelgegend. Keine Darmbewegung. Erbrechen.	Torsio ilei. Peritonitis incipiens.
38.	Regina Marek, 50 Jahre.	6 Tage.	Am vierten Tage wurde eine Hernia crur. incarc. operirt. Krankheitssymptome verschwanden nicht, darum Verdacht auf Occlusion. Keine Peristaltik. Einige Schlingen zeichnen sich.	Torsio ilei ad hern. incarc. operatam.

Aus der obigen Zusammenstellung ersehen wir, dass hier die Resultate viel schlimmer sind, als in der vorherigen Gruppe, und dennoch sind von 19 Fällen 5 Personen gezeichnet, die bei der exspectativen Behandlung zu Grunde gegangen sein müssten.

Die weitere Betrachtung der II. Tabelle stellt uns diesen Zustand so gefahrvoll dar, dass sogar eine frühzeitige Operation als schon verspätet anzusehen sei: so war es nämlich in den Fällen Nr. 32 und 35. Wir sollen darum trachten, die Operation wie am frühzeitigsten vorzunehmen, aber anderseits müssen wir uns verwahren in Betreff der Prognose rücksichtlich dieses grauenhaften Leidens selbst.

Auch die Symptome sind hier um viel weniger charakteristisch als in der vorigen Gruppe und dennoch lassen sich bei sorgfältiger Beobachtung gewisse charakteristische Momente herausfinden.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Herniotomia dein Laparotomia. Detorsio. Enterotomia. 29. August 1891.	Nach Eröffnung des Bruchsackes zeigte es sich, dass die Ursache höher liege, daher Laparotomie. Peritonitis septica.	Torsio ilei.	Mors in 30 Stunden.	Die Section bestätigte Peritonitis septica.
Laparotomia. Enterotomia. Detorsio. 12. Septemb. 1891.	Peritoneum geröthet und mit fibrinösem Exudat bedeckt. Torsio ilei in der Nähe des Coecum. Eine Stelle von Gangräne bedroht (wurde in die Wunde eingenäht).	Torsio ilei.	Mors in 36 Stunden.	Section: Phlegm. et necr. ilei. Peritonitis septica.
Laparotomia. Detorsio. 6. December 1891.	Die Gedärme stark injicirt und dunkel kirschroth.	Bestätigte sich.	Mors in 2 Tagen.	Section: Peritonitis haemorrhag. et fibrin.
Laparotomia. Detorsio. Enterotomia. 23. Decemb. 1891.	Peritoneum geröthet. Torsion in der Coecalgegend. Collapsus zu Ende der Operation.	Bestätigte sich.	Mors in 10 Tagen.	
Laparotomia. Detorsio. 8. Januar 1893.	Torsion des stark gerötheten und mit fibrin. Exudate bedeckten Dünndarmes.	Bestätigte sich.	Mors in 30 Stunden.	
Laparotomia. Detorsio. Enterotomia. 24. Mai 1892.		Bestätigte sich.	Mors in 48 Stunden.	Peritonitis.

Betrachten wir näher unsere Krankheitsbilder: 6 Mal erschien eine vermehrte peristaltische Darmbewegung und ein localer Meteorismus, 6 Mal trat nur das letzte Symptom auf, in einem Falle war nur das erste Symptom vorhanden; 1 Mal war nichts aufgezeichnet und 5 Mal wurde eine gleichmässige Aufblähung vorgefunden und zwar darum, weil die Untersuchungen in so späten Perioden vorgenommen wurden, dass die septische Bauchfellentzündung alle wahrscheinlich vorher vorhandenen Erscheinungen ausglich.

Wie ist hier ein localer Meteorismus zu erkennen? Wenn die Torsion nicht bedeutend ist, wie es z. B. im Falle Nr. 20 vorkam, stellt sich diese Gegend dem untersuchenden Auge als eine begrenzte Hervorwölbung dar, die beim Betasten einen Widerstand leistet und gewöhnlich finden wir zugleich eine ausgeprägte peristaltische

Darmbewegung. Diese Verhältnisse fanden auch in den Fällen Nr. 24 und 25 statt und darum war deren Prognose günstiger. Charakteristisch ist aber der locale Meteorismus, wenn ein grösserer Theil der dünnen Gedärme, und manchmal zugleich mit dem Blinddarm einer Torsion anheimfällt; damals ist die aufgeblähte Darmschlinge so vergrössert, dass sie die anderen ganz verdeckt, daher können wir nicht eine vermehrte peristaltische Darmbewegung beobachten, aber dennoch fand ich einen Unterschied vor dem beim sogenannten Ileus paralyticus vorkommenden Meteorismus. Wenn

Tabelle III.

Strangu-

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
39.*	N. N. Soldat, 21 Jahre.	5 Tage.	Vorher kamen schon solche Zufälle vor, Schmerz, Erbrechen, über andere Symptome war nichts notirt.	Occlusio intest. interna.
40.*	Anna Iuszczak, 33 Jahre.	3 Tage.	Leichte Schmerzen seit 4 Monaten, kuppelförmige Blähung, Darmbewegung ausgeprägt, Erbrechen.	do.
41.*	Bronislawa Bogucka, 18 Jahre.	8 Tage.	Facies Hippocrat. Phantasieren und Aufspringen, kugelförmige Blähung, Kothiges Erbrechen.	do. et Peritonitis incipiens.
42.*	Józef Hinner, 45 Jahre.	8 Tage.	Schmerz, Erbrechen, gleichmässige Blähung, fassförmige Gestalt, Kräfte gut.	Occlusio intest. int. ex causa mechanica.
43.	Monika Trzupek, 30 Jahre.	—	—	—
44.*	Marya Kasztor, 45 Jahre.	16 Stund.	Vor 4 Wochen Hysterectomia supravaginalis. Plötzlicher Schmerz anfallweise, Erbrechen, vermehrte Darmbewegung.	Accretio angularis vel Strangulatio.
45.	Wojciech Jastrzebski, 27 Jahre.	7 Tage.	Gleichmässige Blähung, Kotherbrechen, heftige Schmerzen. Puls 132. Geringe Kräfte.	Peritonitis ad occlusionem mechanicam.
46.	Jan Klaczok, 24 Jahre.	12 Tage.	Bauch fassförmig, Kotherbrechen, peristaltische Darmbewegung ausgeprägt.	Occlusio intest. intern. mechanica.

in dem letzten Falle die Bauchdecken gleichmässig gebläht sind, so bemerkt man bei diesen Kranken 3—4 gewöhnlich transversal verlaufende, 15 Ctm. lange und 4—5 Ctm. breite Hervorwölbungen in der Nabelgegend. Sie stammen von dem aufgeblähten Dünndarme her und das Betasten ruft im Anfange eine Bewegung desselben hervor, die dann ganz verschwindet. Der Umstand, dass hier Erbrechen öfter vorkommt, kann die Diagnose sehr erleichtern. Bei 19 Kranken erschien es 17 Mal und es wiederholte sich bei denen ziemlich oft.

Tabelle III.

latio.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. Lysis. August 1881.	Die Gedärme sehr geröthet und durch ein starkes Band gedrückt, welches durchgeschnitten wurde.	Strangulatio. Peritonitis incipiens.	Mors in 48 Stunden.	
Laparotomia. Lysis. 1. Mai 1885.	Zwei Bänder ad proc. vermif. bis zum Coecum, unter welchen eine Darmschlinge.	Strangulatio ilei.	San. in 2 Wochen.	
Laparotomia. Lysis. 24. Januar 1884.	Ein Band vom Mesenterium zum Blinddarm, unter welchem eine Darmschlinge mit beginnender Gangräne.	Strangulatio ilei.	Mors in einigen Stunden.	Die Section wies ausser Peritonitis noch Typhus nach.
Laparotomia. Lysis. 25. Februar 1887.	Band von der Dicke eines kleinen Fingers.	Strangulatio ilei.	Mors am 11. Tage.	Am 7. Tage Pneumonie. Die Section wies eine Pneumonie nach in den Gedärmen und Peritoneum Alles in Ordnung.
Laparotomia. Resectio intest. 5. Juli 1890.		Incarceratio interna intest. ilei post perimetritid.	Mors in einigen Stunden.	Genaue Notizen abhanden gekommen.
Laparotomia. Lysis. 20. November 1888.	Ein Band vom Mesenterium zum Darme und zur Wand.	Strangulatio.	San. in 2 Wochen.	
Laparotomia. Lysis. 4. Januar 1889.	Epileptischer Anfall während der Narkose! Ein Band gebildet von den Resten des Ductus omphalo-mesentericus.	Strangulatio.	Mors in 2 Stunden.	Nach der Operation ein zweiter epileptischer Anfall und während dessen Mors.
Laparotomia. Lysis. 29. Mai 1889.	Im inneren Leistenkanal eine durch Verwachsungen verursachte Einschnürung.	Strangulatio.	Mors am 9. Tage.	Nach Darmocclusion genesen. Am 6. Tage Pneumonie.

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
47.	Chune Feuereisen, 36 Jahre.	3 Tage.	In der Coecalgegend eine Hervorwölbung mit Widerstand, geringe Darmbewegung, Erbrechen fortwährend und kothig, heftiger Schmerz.	Occlusia intest. intern. mechan.
48.	Gryne Verständigowa.	11 Tage.	Bauch kugelförmig, Darmbewegung ausgeprägt, anfallweise Schmerzen, Kotherbrechen. Geringe Kräfte.	do.
49.	Marya Sierpowa, 39 Jahre.	2 Tage.	Tags vorher Herniotomie, Schmerzen dauern weiter, Erbrechen, ausgeprägte Darmbewegung.	do.

Obwohl ich in vielen Fällen die Operation spät vorzunehmen genöthigt war (durchschnittlich am 6. Tage), war das Resultat ganz befriedigend, denn auf 11 wurden 5=45,5pCt. gerettet und diese günstigen Erfolge wären noch zahlreicher, wenn ich in der Lage gewesen wäre, die Operation frühzeitiger auszuführen; und hier wird schon jeder Vorurtheilsfreie zugeben, dass man hier weder mit der exspectativen Behandlung noch mit inneren Mitteln etwas auszurichten im Stande ist.

Wie verhielten sich hier die beiden charakteristischen Symptome i. e. die vermehrte Darmbewegung und der locale Meteorismus? Das erste Symptom wurde 6 Mal beobachtet, während das zweite nur ein Mal vorkam. Die vermehrte Peristaltik wurde in den anderen 5 Fällen darum nicht bemerkt, weil sie entweder in den

Tabelle IV.

Strictura car-

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
50.*	Maryanna Kaczmarska 89 Jahre.	3 Monate	Schmerzen anfallweise. Peristaltische Darmbewegung vermehrt, Aufblähung mässig.	Stenosis verisimil. carcinom.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. Lysis. 29. März 1891.	Während der Narcose Erbrechen in die Trachea! Ein Band von der Dicke eines Zündhölzchens.	Strangulatio.	Mors in 3 Stunden.	Asphyxia vomitoria.
do. 8. December 1891.	Im Mesenterium eine Oeffnung, durch welche eine Darmschlinge hindurchschlüpfte. Bauchfell sehr geröthet.	do.	Mors in 12 Stunden.	
Laparotomia. Lysis. Resectio intest. 30. Decemb. 1892.	Ein Band in der Nähe des Kanals im Inneren.	do.	San. in 3 Wochen.	

beginnenden Krankheitszufällen übersehen und nicht notirt wurde oder dieses Symptom war thatsächlich in jenen vernachlässigten Fällen nicht vorhanden, wo sich eine septische Bauchfellentzündung zu entwickeln begann. Was das zweite Symptom anbelangt, muss man zugeben, dass es sich in diesen Fällen nicht so leicht nachweisen lässt und zwar darum, weil die eingeklemmte Darmschlinge hier gewöhnlich unansehnlich ist. Daher der Schluss, dass man bei der Strangulation viel mehr Gewicht auf die vermehrte peristaltische Darmbewegung legen soll; und dass man dieselbe sehr frühzeitig antrifft, beweist der bei No. 44 beschriebene Fall, wo ich nach 16 Stunden auf Grund der Anwesenheit der peristaltischen Darmbewegung ein mechanisches Hinderniss diagnosticiren und es operativ beseitigen konnte.

Tabelle IV.

cinomatosa.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. Resectio flexur. sigmoid. Enterorhaphie.	Man fand ein Neugebilde von Hühnereigrösse, das das Lumen der S-förmigen Krümmung verengte.	Carcinoma flexurae sigmoid.	Mors in 3 Tagen.	Die Nähte liessen nach!

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
51*.	Andrzej Pawlikowski, 37 Jahre.	8Tageresp. 30 Tage.	Schmerzen anfallweise. Vermehrte Darmbewegung, bedeutende Aufblähung. Ein harter Tumor in der unteren linken Gegend.	Stenosis verisimil. carcinom.
52.	Jan Baniak, 35 Jahre.	7 Monate.	Schmerzen anfallweise. Darmbewegung vermehrt, kein Erbrechen, bedeutende Aufblähung, der Finger weist ein Neugebilde nach.	Carcinoma recti inoperabile.
53.	Malgorzata Obrabek, 53 Jahre.	2 Monate.	Schmerzen, Aufblähung des unteren Bauchtheiles, Darmbewegung etwas vermehrt.	Man vermuthete eine Darmstrictur ohne Angabe der Eigenschaft und Stelle.
54.	Samuel König, 50 Jahre.	4 Monate resp.5Tage	Gleichmässiger Meteorismus, heftige Schmerzen, Kotherbrechen, geringe Kräfte.	do.
55.	Herr K......h, 54 Jahre.	Seit etlich. Jahrenresp seit einigen Tagen.	Schmerzen, bedeutende Aufblähung, Erbrechen-0, sehr vermehrte peristaltische Darmbewegung. Kräfte ziemlich gut.	Diagnosticirt eine Strictur wahrscheinlich röhrenförmig im Mastdarme.
56.	Frau N. N. 65 Jahre.	Seit etlich. Jahren.	Oeftere Schmerzenanfälle, Bauch aufgebläht, Stuhlgänge erschwert, Darmbewegung vermehrt.	Carcinoma recti, vaginae et uteri.
57.	Priester Fr. Galuszka. 56 Jahre.	Seit 2 Jahr. resp. seit 3 Tagen.	Meteorismus irregularis. Bedeutende Schmerzen. Ein Tumor im Rectum. Erbrechen, Darmbewegung war, aber verschwand. Geringe Kräfte.	Stenosis carcinomatosa recti. Peritonitis incipiens.
58.	Frau N. N. 55 Jahre.	Seit etlich. Monaten.	Unregelmässige Blähung, anfallweise Schmerzen, vermehrte Darmbewegung. Geringe Kräfte.	Stenosis carcinomatosa recti.
59.	Frau N. N. 40 Jahre.	Seit 3 Tagen.	Bedeutende unregelmässige Blähung. Meteorismus localis. Heftige Schmerzen, geringe Kräfte.	Torsio flex. sigm.
60.	Frajda Czaczkes 50 Jahre.	28 Tage.	Meteorismus irregularis. Vermehrte Darmbewegung, mässige Schmerzen, kein Stuhlgang, im Rectum 0.	Strictura verisim. carcinomatosa.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. Anus artificialis. 18. Decemb. 1886.	Eine carcinomatöse Infiltration in der ganzen S-förmigen Curvatur, die an der hinteren Bauchwand befestigt ist.	Carcinoma flexur. sigm.	Besserung.	
Laparotomie. Anus artificialis. 21. Mai 1889.		Bestätigte sich.	Mors in 48 Stunden	Die Section wies Peritonitis septica rings um den eingenähten und hineingeschoben Theiles des unteren Darmstückes.
Laparotomia. Enteroanastomosis.	Man fand ein Krebsartiges Neugebilde, das mit der Leber, Colon ascendens und transversum verwachsen war.	Carcinoma inoperabile coli ascend. et transv.	Mors in 48 Stunden	
Laparotomia. 18. April 1890.	Carcinomatöse Geschwulst in der S-förmigen Krömmung. Beginnende Peritonitis.	Strictura carcinomatosa flex. sigm.	Mors während der Operation.	
Laparotomia. Anus artificialis. 1890.	Anfangs bedeutende Besserung dann Symptome Haemorrhagiae cerebri.	Strictura carcinomatosa flex. sigm. et recti.	Mors am 5. Tage.	Apoplexia cerebralis.
Laparotomia. Anus artificialis. 1891.			Reiste ab mit verbessertem Zustande.	
Laparotomia. Anus artificialis. 3. Juli 1891.		Strictura carcinomatosa flex. sigm. et recti inoperabilis.	Mors in 50 Stunden	
Laparotomia. Anus artificialis. 1892.			Mors in 48 Stunden	
Laparotomia. Enteroanastomosis. 1892.	Man fand eine Krebsartige Geschwulst in der S-förmigen Curvatur an der Uebergangsstelle zum Colon descend., die an der Wand befestigt war. Colon trans. wurde mit der Flex. sigm. verbunden.	Strictura carcinomat. coli descend. et flex. sigm.	Mors in 48 Stunden	Meteorismus localis stammte von der Torsion des Colon transv. her.
Laparotomia. Anus artificialis. 26. Februar 1892.		Carcinoma flexurae sigmoideae inoperabil.	Mors am 3. Tage.	

Wie aus der obigen Zusammenstellung folgt, gelang es bei 11 Operirten nur in 3 Fällen eine Besserung zu erlangen (natürlich für eine gewisse Zeit), was nur 27,3pCt. darstellt; wenn wir aber den Umstand in Beachtung ziehen, dass es hauptsächlich von einer etliche Monate manchmal Jahre dauernden Krankheit geplagte Personen waren, muss man zugestehen, dass eine in einer sogar geringen Zahl geleistete Linderung als ein grosser Vortheil angesehen werden kann und soll. Gewöhnlich begnügt man sich hier mit der Anlegung eines künstlichen Afters und sogar dieses Verfahren, spät ausgeführt, kann nicht einem tödtlichen Ausgange vorbeugen, besonders dort, wo die Kräfte des Kranken schon sehr tief gesunken sind. Wenn wir im Stande wären frühzeitiger zu operiren, könnten wir viel öfterer einen nicht so weit entwickelten Krankheitszustand antreffen, der uns in die Lage versetzen könnte, eine radikale Operation wie die Resection eines mit einem Neugebilde behafteten Darmtheiles vorzunehmen. Kann man frühzeitiger eine Strictur diagnosticiren? Nicht immer, aber sehr oft und zwar, wenn Schmerzen anfallweise erscheinen und während der Anfälle die deutlich erweiterten Gedärme sich hervordrängen und man an denen eine vermehrte peristaltische Darmbewegung beobachtet.

Es lässt sich nicht leugnen, dass es eben in denjenigen Fällen, wo eine Strictur irgend welcher Art oder eine Durch-

Tabelle V.

Occlusio intest. int. ad

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
61.*	Emil Demmer, 19 Jahre.	2 Tage.	Heftiger Schmerz, dass er ohnmächtig wurde. Kein Stuhlgang, keine Winde, mässige aber gleichförmige Blähung, keine peristaltische Darmbewegung. Unklare Daten. Purgantia angewendet.	Man vermuthete eine Darmtorsion.
62.*	Sara Nowotna, 18 Jahre.	3 Tage.	Der Bauch gleichmässig gebläht, keine Darmbewegung, keine Hervorwölbung, kein Stuhl, Erbrechen, Collapsus.	Man vermuthete Peritonitis ad torsionem ilei.

schnürung vorhanden ist, oft gelingt mit inneren Mitteln einen Erfolg zu erreichen; kann aber derselbe dauerhaft sein? Entschieden antworte ich, dass nicht; die Natur allein hilft sich der Art, dass der oberhalb der Verengung eingehaltene Koth diese erweitert bis er durch die verengte Stelle durchgelangt; darauf beruhen jene bekannten, periodisch auftretenden Koliken. Ist es nicht vortheilhafter zu operiren, wenn die Veränderungen in den Darmwänden nicht so bedeutend sind und nicht das Aeusserste abzuwarten. An diesem Punkte scheinen die Meinungen der Internisten und Chirurgen auseinander zu gehen. Ich als der Letzte neige mich mit meiner ganzen Ueberzeugung dem von Credé und Lauenstein ausgesprochenen Satze zu, dass man dort, wo sich oft wiederholende Koliken vorhergingen, zur diagnotischen Laparotomie schreiten soll und wir können diese mit mehr Kühnheit ausführen, wenn wir eine peristaltische Darmbewegung nachweisen.

Wenn wir während der Operation bestimmt nachwiesen, dass die Darmverengung von einer krebsartigen Infiltration herrührt, so sollen wir nur dort die radicale Resection ausführen, wo uns dazu entsprechende Bidingungen veranlassen i. e. Beweglichkeit des Tumors, ein nicht ungünstiger Zustand des Bauchfells und gute Kräfte des Kranken; wo diese fehlen, ist es besser einen Anus artificiatis anzulegen. Die Enteroanastomose erfordert auch günstige locale und allgemeine Bedingungen.

Tabelle V.

peritonid. perforativam.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. 13. Juli 1884.	Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand man viel Eiter zwischen zahlreichen Verwachsungen.	Peritonitis supparat. ad perfor. proc. vermiform.	Mors in 24 Stunden	Die Section wies einen Fremdkörper im Processus vernif. nach.
Laparotomia. 29. Juli 1885.	Viel Eiter zwischen den untereinander verklebten Gedärmen. Processus vermiform. durch ein erstarrtes Kothklümpchen perforirt.	do.	do.	Keine Section.

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
63.*	Tomasz P., 45 Jahre.	5 Tage.	Der Bauch gleichmässig gebläht, keine Darmbewegung, kein Stuhlgang, Erbrechen, Collapsus.	Man vermuthete Peritonitis ad torsionem ilei.
64.	Katarzyna Stypula, 36 Jahre.	8 Tage.	Schmerzen anfallsweise, oft Erbrechen und zuletzt mit Koth, vermehrte peristaltische Darmbewegung. Collapsus.	Man vermuthete Torsio ilei subsequa peritonitide.
65.	Katarzyna Stasicka, 48 Jahre.	5 Tage.	Gleichmässiger Meteorismus, Schmerzhaftigkeit bei Druck, Kotherbrechen, trockene Zunge, Temperatur nicht erhöht, Collapsus.	Peritonitis ad?
66.	Rozalia Jerzycka, 60 Jahre.	3 Tage.	Vor 1½ Jahren wegen Accretio intest. laparotomirt. Ueber dem Nabel ein Tumor von der Grösse von 2 Fäusten, bei der Percussion heller Schall (Meteor. localis). Erbrechen. Collapsus.	Man vermuthete ein Recidiv i. d. Occlusio ex accretione.
67.	Franciszek Kobylarz, 90 Jahre.	5 Tage.	Gleichmässiger Meteorismus. Der grösste Schmerz in der Coecalgegend.	Peritonitis circumscripta ad perforat. proc. vermiform.
68.	Abraham Apfelbaum, 32 Jahre.	4 Tage.	Es begann mit heftigem Schmerz in der Coecalgegend. Gleichmässiger Meteorismus, Erbrechen, kein Stuhlgang, keine Winde, keine vermehrte Darmbewegung.	do.
69.	Israel Birnzweig, 30 Jahre.	8 Tage resp. 2 Tage.	Bauchschmerz und Diarrhöe, seit 2 Tagen Ileus. Meteorismus gleichmässig, keine peristaltische Darmbewegung.	do.

Von den neun hier angeführten Fällen gelang es mir nur einen (11,2 %) vermittelst der Laparotomie zu retten.

Es wäre mir zwar vielleicht gerathen, noch einen Heilerfolg zu erlangen, wenn sich die Begriffe von der Entzündung des Blinddarmes und seines Fortsatzes vor einigen Jahren allgemein verbreitet hätten, wie dieselben heute herschen. Wenn wir diese Resultate mit denjenigen, die bei der exspectativen Behandlung und

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. 1886.	Starb bald nach Incision der Bauchwand, zwischen den Gedärmen Eiter.	Wahrscheinlich auch vorher perforirter Processus vermiformis.	Mors während d. Operation.	Keine Section.
Laparotomia. Anus praeternaturalis. 16. Juli 1889.	Gedärme kirschfarbig und unten rechts verklebt, zwischen ihnen freier Koth.	Perforatio ilei verisim. typhosa.	Mors in 3 Stunden	Die umringenden Verklebungen erklären, warum der Zustand so lange dauerte und warum eine vermehrte Peristaltik vorhanden war.
Laparotomia. Resectio intest. et Enterorhaphia. 12. März 1890.	Zwei Oeffnungen im Dünndarm 40 Ctm. entfernt oberhalb des Blinddarms.	Peritonit. typhosa.	Mors in 48 Stunden	
Laparotomia. 20. April 1890.	Man fand während der Operation den Darm zwar an der Wand angewachsen, aber nicht eingebogen — wurde abgelöst — Bernstein-Flüssigkeit.		Mors in 24 Stunden	Die Section wies eine Perforation der Gallenblase durch einen Gallenstein nach. Peritonitis.
Laparotomia. Ablatio process. vermiformis. 20. April 1890.	Eiter in ziemlich grosser Menge zwischen den verklebten Gedärmen in der Coecalgegend. Processus vermiformis perforirt.	Bestätigte sich.	Mors in 10 Stunden	
do. 11. Februar 1893.	Schnitt parallel zum Lig. Pouparti — nach Entleerung des Eiters und Ablation des Proc. vermif. nähte man das Darmperitoneum und Omentum in die Räuder der tamponirten Wunde ein.	do.	San. in 4 Wochen.	
Laparotomia.	Eiter in der ganzen Bauchhöhle.	do.	Mors in 2 Tagen.	Die Section wies eine Vereiterung des Processus vermiformis nach.

Darreichung narkotischer Mittel erlangt wurden, vergleichen, muss ich den letzten den Vorzug einräumen. Von denjenigen Fällen, bei denen ich die Operation ablehnte, genas von 20 Fällen mehr als die Hälfte. Wenn wir die Ursachen der Perforation der Darmwände näher untersuchen, bemerken wir, dass sie ein Mal durch einen Gallenstein, zwei Mal durch typhöse Geschwüre und alle übrigen sechs Mal i. c. in $^2/_3$ aller hierher gehörenden Fälle

durch die perforative Entzündung des Processus vermiformis herbeigeführt wurde. Daher sollen wir bei einem jeden Falle, welcher die Symptome eines Darmverschlusses darstellt und sich durch eine gleichmässige Bauchaufblähung ohne vermehrte peristaltische Darmbewegung und ohne deutlichen Meteorismus auszeichnet, vor Allem eine durch Vereiterung oder Perforation des Processus vermiformis hervorgerufene Bauchfellentzündung vermuthen.

Obwohl ich gegenwärtig nicht beabsichtige, dieses Leiden speciell in Betracht zu ziehen, ich behalte es mir nämlich für eine separate Abhandlung vor, kann ich nicht wenigstens meine Meinung nicht offenbaren, welche lautet, in diesen Fällen sei es angezeigt, etliche Tage zu warten; ich will nicht zugleich mit Treves behaupten, dass man genau den fünften Tag abwarten solle, aber so lange, bis man die Ueberzeugung gewinnt, dass die Entzündung partiell sei. Dann soll man den Eiterherd vermittelst des extraperitonealen Schnittes nach der Methode von Bardenheuer und Sonnenburg oder einer dem Poupart'schen Bande parallelen Peritonealincision eröffnen. In diesem letzten Falle soll man streben zu verhindern, dass der Eiter zu den anderen, nicht inficirten Peritonealtheilen nicht gelange.

Vortrefflich wird dieses letzte Verfahren durch den bei No. 68 angeführten Fall illustrirt. Ob man diese oder jene Methode anwendet, muss man immer nach einem Ziele streben, und zwar, um zum Processus vermiformis selbst zu gelangen, denn wenn man

Tabelle VI.

Invagi-

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
70.*	Karol Korzeniowski, 63 Jahre.	8 Tage.	Der Bauch ringsherum gebläht, in der Mitte weniger. Ueber dem linken Poupart'schen Bande eine härtere Schwellung, Erbrechen, geringe Kräfte, Schmerzhaftigkeit bei Druck.	Invaginatio, Peritonitis incipiens.
71.*	Agmieszka Chosala, 38 Jahre.	21 Tage resp. 8 Tage.	Unregelmässige Aufblähung, quer ein Tumor, Stuhlgänge waren mit Schleim, im Rectum fühlt man ein rundes Bändchen, Darmbewegung nicht notirt.	Intussusceptio, Peritonitis incipiens.

ihn nicht findet und beseitigt, hat man nur eine halbe Arbeit verrichtet, da die an ihm befindlichen Ulcerationen eine fortwährende Eiterung unterhalten, die Heilung in die Länge ziehen und nicht selten einen hectischen Zustand und den Tod herbeiführen. Das Aufsuchen desselben ist aber gewöhnlich mit Schwierigkeiten verbunden; man findet oft mehrere Eiterdivertikel und man soll sich nicht mit diesen begnügen, sondern so lange herumspähen, bis man ihn herausfindet.

Wie ich oben erwähnte, zeichnen sich diese Fälle durch Mangel einer peristaltischen Darmbewegung aus; dass es aber keine Regel ohne Ausnahme giebt, beweist der Fall No. 64; vor der Operation wurde eine peristaltische Darmbewegung und während derselben Koth zwischen den Gedärmen nachgewiesen. Es war nur dieser Unterschied vorhanden, dass der in geringer Menge sich befindende Koth durch Verwachsungen eingeschlossen war und diese Adhäsionen führten einen mechanischen Darmverschluss und oberhalb dessen eine vermehrte Darmbewegung herbei.

Dass aber das Fehlen dieser Darmbewegung charakteristisch sein kann, beweist am besten der Fall No. 66, bei welchem eine vor $1^1/_2$ Jahren wegen Occlusion eines durch Adhäsionen winkelig eingeknickten Darmtheils ausgeführte Laparotomie mich vollkommen zur Annahme desselben Zustandes berechtigte; nur das Fehlen der Darmbewegung fiel mir auf und thatsächlich wies die wiederholte Laparotomie eine andere Ursache des Darmverschlusses nach.

natio.

Tabelle VI.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. Resectio intestin. Enterorrhaphie. 20. Dec. 1883.	Peritonitis, der invaginirte Theil ist gangränös, 95 Ctm. wurden resecirt. — Zwei Stuhlgänge nach der Operation.	Bestätigte sich.	Mors in 10 Stund.	Section wies eine Peritonitis septica nach. Die Nähte hielten gut zusammen.
Laparotomia. Anus praeternat. 28. Januar 1885.	Colon descendens in die Flexura sigmoid. hineingepresst, transversum gebläht, Peritoneum injicirt, beinahe blau.	do.	Mors in 5 Stunden.	Section: Peritonitis septica.

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
72.*	Mojzesz Buchsbaum, 26 Jahre.	35 Tage.	Anfallsweise rasende Schmerzen, mässige Blähung, links ein faustgrosser Tumor, Erbrechen.	do.
73.*	N. N., 3monatliches Kind.	3 Tage.	Bauchaufblähung, Schmerzen, walzenförmiger, querliegender Tumor, Erbrechen.	Invaginatio.
74.	Jan Kolodziej.	3 Tage.	Heftige Schmerzen. Ein Tumor in der Coecalgegend, Kothbrechen, geringe Kräfte.	do.
75.	Leib Bier, 26 Jahre.	10 Tage.	Unregelmässige Blähung, Dämpfung in der Coecalgegend bei Percussion, vermehrte Darmbewegung, Erbrechen, geringe Kräfte.	Torsio flexurae sigmoideae.
76.	Franciszka Ziembowa, 43 Jahre.	14 Tage.	Unregelmässige Blähung, links eine Schwellung, vermehrte Darmbewegung, Singultus, geringe Kräfte.	Invaginatio.

Die Invagination lieferte die schlimmsten Resultate bei der chirurgischen Behandlung, und die Ursache liegt darin, dass ich die Operation vorzunehmen immer zu spät im Stande war, der niedrigste Zeitraum war 3, der höchste 35, durchschnittlich 13 Tage. Dreimal musste ich die invaginirte Darmschlinge reseciren, denn sie drohte in Gangrän überzugehen oder dieser Zustand war schon ausgebildet.

Desto auffallender ist das Warten der ordinirenden Aerzte, da in diesen Fällen die Diagnose am leichtesten ist; wir beobachten nämlich immer einen localen Meteorismus in der Gestalt eines

Tabelle VII. **Accretiones**

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
77.*	Magdalena Banasik, 70 Jahre. In der Jugend Typhus gehabt.	14 Tage.	Immer wachsender, heftiger Schmerz, kugelförmige Blähung. Antiperistaltik ausgeprägt. Kräfte ziemlich gut.	Es wurde eine Strictur nach typhös. Ulcerationen erkannt.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. Lysis. 6. Mai 1885.	Linksseitiger, winkeliger Schnitt. Beinahe die Hälfte des Dünndarmes mit dem Coecum in den Dickdarm hineingepresst. Die Schmerzen hörten ganz auf.	Bestätigte sich.	Mors am 4. Tage.	Schon wegen der Linderung selbst, die bei dem Kranken eintrat, lohnte es sich zu operiren.
Laparotomie. Lysis. 1887.	Ein Theil des Ileum in's Coecum hineingepresst. Zurückführung schwer, einige Stellen verdächtig.	do.	Mors in 24 Stund.	Ein Stuhl war.
Laparotomia. Resectio intest. Enterorrhaphia. 29. Sept. 1888.	Ileum in's Coecum hineingepresst, diphtheritische Ulcerationen.	do.	Mors in 10 Stund.	—
Laparotomia. Resectio intest. Enterorrhaphia. 18. Januar 1892.	Ileum in's Coecum hineingepresst, 20 Ctm. gangränös.	Invaginatio ileococcalis. Peritonitis.	Mors in 7 Stunden.	—
Laparotomia. Lysis. 29. Juli 1892.	Gedärme sehr geändert. Beginnende Peritonitis.	Bestätigte sich.	Mors in 36 Stund.	Pseudodiphtheria, Peritonitis septica.

Tumors oder sogar eines Cylinders, öfters noch eine vermehrte peristaltische Bewegung des oberhalb gelegenen Darmes und blutige Abgänge. Immer kann man, wenn nicht speciell eine Invagination, wenigstens im Allgemeinen eine acute Incarceration einer Darmschlinge erkennen.

Darum bin ich der Meinung, dass in diesen Fällen eine frühzeitig ausgeführte Laparotomie bedeutend bessere Resultate liefern würde als die exspectative Behandlung neben Darreichung hoher Dosen narkotischer Mittel; hier können wir nur eine Absonderung des gangränösen Theiles der invaginirten Darmschlinge erwarten.

diffusae. Tabelle VII.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. 20. Mai 1886.	Bei der Operation: Die untere Hälfte des Ileum mit den Wänden und untereinander verwachsen, oberhalb desselben Blähung.	Accretiones diffus.	Mors in 24 Stund.	Hier dürfte eine Enteroanastomosis vorgenommen werden.

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krank-heits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefuudene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
78.*	Anna Liszkiewicz, 29 Jahre. Vor 3 Jahren eine Entzündung in der Bauchhöhle.	8 Tage.	Geringe, kugelförmige Blähung, Erbrechen, Singultus, gute Kräfte.	Accretiones diffusae.
79.*	Elzbieta Janotka, 33 Jahre. Vor 6 Wochen Darmresection.	8 Tage.	Heftige Schmerzen, Kotherbrechen, kugelförmige Blähung, ausgeprägte Antiperistaltik. Kräfte ziemlich gut.	Accretiones.
80.	Malgorzata Krawczyk, 69 Jahre. Vor 40 Jahren Typhus, vor 20 Jahren kam Eiter durch den Nabel zum Vorschein.	6 Tage.	Kugelförmige Blähung, Antiperistaltik, anfallsweise Schmerzen, Kotherbrechen. Ziemlich gute Kräfte.	Accretiones.
81.	Jan Krzyszczyniak, 3 Jahre.	28 Tage.	Bedeutende Schmerzen. Gleichmässige Blähung. Erbrechen, geringe Kräfte.	Unsichere Diagnose.

Die Diagnose der durch Verwachsungen entstandenen Darmlumenocclusion gehört zu den leichtesten, denn sie gründet sich erstens auf der Anamnesis, die in $^4/_5$ aller Fälle sichere Anzeichen liefert, und zweitens auf den physikalischen Symptomen, und zwar der bedeutend vermehrten peristaltischen Darmbewegung bei nicht sehr grosser Bauchaufblähung im Allgemeinen und gänzlichem Fehlen des localen Meteorismus.

Wenn man einmal die Diagnose gestellt hat, kann man an keine andere als die chirurgische Behandlung denken; das Hinausschieben der Operation in diesen Fällen ist daher schädlich,

Tabelle VIII.

Repositio spuria

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krank-heits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
82.*	F. B. 62 Jahre.	4 Tage.	Hernia inguin. interstit. Unwillkürliche Reposition beim Untersuchen. Ileuserscheinungen hören nicht auf. Vermehrte Peristaltik.	Repositio spuria herniae incarcer.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. 31. Juli 1887.	Jejunum, Ileum und Colon transversum vermittelst starker Bänder unter einander verwachsen.	Bestätigte sich.	Sanata in 21 Tagen.	—
Laparotomia. Resectio. Enterorrhaphia. 9. August 1888.	Der vorher resecirte Darmtheil mit sich, mit dem Omentum und der Bauchwand in einen Knäuel verwachsen.	do.	Mors in 24 Stund.	Enteroanastomosis wäre mehr angezeigt.
Laparotomia. Lysis. 27. Februar 1889.	Man fand sehr viele Darmadhäsionen unter einander und mit den Wänden.	do.	Mors am 3. Tage.	—
Laparotomia. Enterostomia.	So bedeutende Darmadhäsionen unter einander und mit den Wänden, dass von einer Loslösung keine Rede war.	Accretiones diffus.	Mors in 5 Stunden.	Casus incurabilis.

weil es die Patienten einem Kräfteverlust aussetzt. Diesem Hinausschieben schreibe ich das nicht glänzende Resultat zu, das ich in meinen Fällen erhielt, obwohl man andererseits anerkennen muss, dass eine grosse Ausdehnung der Adhäsionen viel zur schlimmeren Prognose beiträgt. Der hohe Procentsatz der Sterblichkeit (80 pCt.) würde bestimmt niedriger gewesen sein, wenn die Operationstechnik vor 8 Jahren so wie gegenwärtig ausgebildet wäre. Ich meine die Methoden der Darmausschliessung, die durch die Arbeiten einer ganzen Reihe jüngerer Wiener Chirurgen, wie: Salzer, Hochenegg, von Eiselsberg, in den letzten Zeiten fortgeschritten sind.

Tabelle VIII.

herniae incarc.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. Lysis. 1885.	Während der Operation fand man in der Bauchhöhle eine dunkle trübe Flüssigkeit.	Die Diagnose bestätigte sich.	Mors in 10 Stunden	Peritonitis septica.

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
83.*	Wojciech Zielinski, Kutscher, 36 Jahre.	3 Tage.	Schmerzen. vermehrte peristaltische Darmbewegung, Kotherbrechen, Erhabenheit an der rechten Inguinalgegend.	Repositio spuria herniae incarceratae.
84.*	Lajsor Beck 42 Jahre.	4 Tage.	Sugillationen in der Inguinalgegend. Oberhalb derselben ein Tumor tastbar. Kotherbrechen.	do.
85.	Jozef Marchewka 32 Jahre.	8 Tage.	Der Bauch kugelförmig. Vermehrte Peristaltik. Kotherbrechen. Hodensack eingezogen.	do.
86.	Golda Schindler 52 Jahre.	?	Symptome einer Peritonitis,	Repositio spuria herniae cruralis dextra.

Auch in diesen Fällen ist die Diagnose leicht, darum lässt sich das Abwarten angesichts der Gewissheit nicht rechtfertigen, da man weder exspectativ noch durch innere Mittel eine Hilfe leisten sondern nur Schaden verursachen kann. Ich würde nur das bemerken, dass rücksichtlich der Gewissheit einer nicht gehörigen Reduction eines Bruches es vortheilhafter wäre den Schnitt dicht oberhalb der Incarcerationsstelle als in der Linea alba zu führen.

Tabelle IX. **Infrac-**

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
87.*	Antonia Nowakowska, 19 Jahre. Typhus gewesen.	20 Tage.	Bauchschmerzen, Erbrechen mit Koth, gleichmässige Aufblähung.	Diagnosticirt. Strictura ex ulcer. post Typhum.
88.	Rozalia Jerzycka 60 Jahre.	Beschwerd. seit 21 Tag. u. Occlus. seit 2 Tag.	Mässige Blähung, Erbrechen, anfallweise Schmerzen. Ausgeprägte Peristaltik. Hernia libera.	Occlusio intest. ohne nähere Bezeichnung.
89.	Sara Kirsch, 49 Jahre.	6 Tage.	In der Bauchhöhle ein Tumor von starker Manneskopfgrösse. Heftige Schmerzen. Erbrechen, Kein Stuhl.	Inflexio intestini ad kystoma ovarii torsum
90.	Piotr Tamlin 33 Jahre.	Seit etlich. Wochen.	Bauchschmerzen und jede paar Tage sich wiederholendes Erbrechen.	Infractio intestin.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. Lysis. 1885.	Man brachte eine 12 Ctm. lange, dunkelrothe aber gut erhaltene Darmschlinge zum Vorschein.	Die Diagnose bestätigte sich.	San.	
Laparotomia. Resectio intest. Enterorhaphio.	Die Darmschlingen an drei Stellen ulcerös.	do.	Mors in 3 Stunden.	Peritonitis septica.
Laparotomia. Lysis.	Die Ursache der Incarceration war ein Band an der Wand des Bruchsackes.	do.	S.	
Laparotomia.	?	do.	Mors in 36 Stunden	

Bei 5 Fällen rettete ich 2=60 pCt. Sterblichkeit. Von den 3 Verstorbenen wurden mir zwei etwas zu spät zugestellt, aber im ersten Falle muss ich mir selbst die Schuld zuschreiben, denn besonderer Umstände halber konnte ich mich nicht frühzeitiger als am vierten Tage zur Operation entschliessen. Bei frühzeitiger Operation könnten alle Fälle gerettet werden.

Tabelle IX.

tiones.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. 23. September 1885.	Eine kreisförmige Narbe einerseits durch ein Band mit der Bauchwand verwachsen.	Infractio angularis	San.	
Laparotomia. 25. Oktober 1888.	Eine Darmschlinge war winkelig am inneren Leistenring angewachsen.	do.	San.	
Ovariotomia. 29. Januar 1892.	Torsion der Cyste des linken Ovariums, darin Blut und beginnende Zersetzung. Peritonitis incipiens. Darmschlinge angewachsen.	Bestätigte sich.	San.	Dehiscentia vulneris.
Laparotomia. 1. September 1892.	Das angewachsene Omentum wurde vom Darme abgeschnitten.	do.	Mors am 9. Tage.	Dehiscentia. Peritonitis. War sehr unruhig.

Die durch Verwachsungen verursachten Einknickungen bieten auch in Betreff der Diagnose keine Schwierigkeiten dar, denn einerseits giebt uns die Anamnese oft über die Sachlage Aufschluss, anderseits stellt der anfänglich langsam schleichende, allmählich exacerbirende oder durch öftere Anfälle sich auszeichnende Verlauf auch gewisse charakteristische Merkmale dar. Die Heilerfolge sollen hier günstig sein und sie sind thatsächlich nicht schlimm; die Sterblichkeit beträgt nämlich hier nur 25 pCt. und sie könnte zu 0 herabfallen, wenn sich der Kranke (No. 90) gehörig aufgeführt hätte. Wegen unruhigen Benehmens gingen die Wundränder auseinander und eine gegen 12 Ctm lange Darmschlinge kam zum Vorschein. Diese wurde bald reponirt und die Wunde wiederholentlich zugenäht. Dennoch wiederholte sich dasselbe von Neuem am fünften Tage nach der Operation, aber diesmal schlüpften gegen 2 Meter lange Darmtheile heraus. Da dieselben Schwierigkeiten bei der Reposition und noch mehr beim Zunähen der Wundränder darboten, wurden sie mit Jodoformgaze zugedeckt und das Ganze mit Heftpflasterstreifen befestigt. Noch mehr veranlasste mich zu diesem Verfahren der Umstand, dass die Darmschlingen schon leicht injicirt und stellenweise an der Oberfläche mit fibrinösen Lagen bedeckt waren. Peritonitis et mors.

Nicht weniger interessant war der Fall No. 89. Die Patientin fühlte seit einem Jahre eine Geschwulst in der Bauchhöhle, welche

Tabelle X.

Stricturae

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
91.*	Rozalia Bodzon, 30 Jahre.	Seit etlich. Jahren und resp. heftig seit einigen Wochen.	Schmerzen, Erbrechen, vermehrte Peristaltik. Kuppelförmiger Bauch.	Diagnosticirt. Strictura cicatricalis.

sich allmählich vergrösserte und keine Beschwerden verursachte. Erst sechs Tage vor der Ankunft in's Krankenhaus bekam sie Schmerzen, dann Erbrechen und Stuhlverstopfung. Die Untersuchung wies eine starkmanneskopfgrosse Eierstockscyste nach. Bei Vermuthung einer Torsion derselben, wobei eine angewachsene Darmschlinge herangezogen wurde, schritt ich sofort zur Laparotomie und es zeigte sich wirklich, dass der Tumor tordirt war und daher innerhalb desselben eine Extravasation und Zersetzung stattfand und dass ausserhalb dessen aber sich eine Peritonitis und zuletzt eine Verklebung und Einknickung des Darmes entwickelte. Nach Beseitigung des Tumors und Zunähung der Wunde verbesserte sich vorzüglich der Zustand der Kranken, die Schmerzen liessen nach, Stuhl erschien während der Nacht vom fünften zum sechsten Tage nach der Operation; während eines wahrscheinlichen Wahnsinnanfalles (wie sie später behauptete, unter dem Einflusse heftiger Bauchschmerzen) riss sie sich den Verband herab, zerriss die Nähte der Bauchwunde, dass ein gegen $1^1/_2$ Mtr. langer Darmtheil herausschlüpfte. Da diese Darmschlingen stark geröthet, stellenweise mit fibrinösem Exsudate bedeckt, theilweise mit einander und theilweise mit den Wundrändern verklebt waren, liess man sie in dieser Lage liegen und bedeckte sie mit einem antiseptischen Verbande. Allmälig begannen sie schön zu granuliren und nach etlichen Wochen zogen sie sich nach der Bauchhöhle zurück, so dass die Wunde ganz geheilt war.

Tabelle X.

cicatricales.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. Enterostomia. 13. August 1887	Neben dem geblähten Dünndarme fand man eine starkfaustgrosse Infiltration im Coecum, welche an der hinteren Wand festgelagert war. Drüsen afficirt. Ich hielt es für Carcinom. inoperab.	Später hörte der Koth durch die Fistel zu kommen auf und erschien per rectum — daher kehrte ich zur Diagn. Infiltratio inflam. zurück.	San.	Einige Jahre später starb sie wegen Phthis. pulm. Im Coecum tubercul. Infiltration.

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
92.*	Teodor Ludzanski, 36 Jahre.	Seit 2 Jahren.	Je etliche Wochen Anfälle, Ueblichkeiten, Schmerzen, Krämpfe, Erbrechen. Ganseigrosser, rechts vom Nabel beweglicher Tumor.	Strictura cicatricalis.
93.	Hinda Engel 48 Jahre. Typhus gewesen.	1 ½ Jahre resp. 10 Tage.	Vormals Beschwerden bei Stuhlgang. Anfallweise Schmerzen, Erbrechen vermehrte Peristaltik ausgeprägt. Mässige Blähung. Winde erscheinen aber kein Stuhl.	Stenosis cicatricalis.
94.	Stanisl. Zdechlikeiwicz 18 Jahre.	Seit einem Jahre.	Einige Stunden nach dem Essen Schmerzen. Vermehrte Peristaltik. Mässige Blähung.	Stenosis cicatricalis.

Die operativen Erfolge waren in diesen Fällen ebenso ansehnlich wie in den vorigen, denn sie weisen nur eine 25 proc. Sterblichkeit nach. In Betreff der Diagnose können wir in dieser Gruppe ähnlich wie in der vorigen auf Grund der Anamnese und des Verlaufes mit Bestimmtheit eine chronische, durch langsame Verengung des Darmlumens entstandene Occlusion erkennen; in manchen Fällen sind wir sogar im Stande, eine durch Typhus oder Dysenterie verursachte Narbe zu vermuthen, ganz genau die Ursache zu bestimmen, werden wir sehr oft nicht vermögen, was sogar häufig nach Eröffnung der Bauchhöhle mit Schwierigkeiten verbunden ist und eben im Falle No. 91 zutraf. Aber diese specielle Diagnose ist uns überflüssig, wenn wir im Allgemeinen eine Stenose diagnosticiren können, die schon für sich selbst uns zur Aufnahme der Laparotomie auffordert, und das weitere Verfahren wird schon von der Betrachtung der Verhältnisse und Einzelheiten der Strictur abhängig sein. Manchmal würde ein Bändchen durchzuschneiden genügen, ein anderes Mal muss man eine Resection eines Darmtheiles vornehmen und manchmal eine Enteroanastomose ausführen. Es ist eine Thatsache, dass Niemand mit inneren Mitteln dieses mechanische Hinderniss beseitigen wird. Schon Lauenstein lenkte die Aufmerksamkeit der Chirurgen am 21. Congresse derselben in Berlin darauf, dass öfters sich wiederholende schwere Koliken (Colica ab-

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. 28. August 1888.	Coecum hat verdickte Wände ist aber wegsam. Massage dieser Darmpartie.	Stenosis coeci ex typhl. chron.	San.	Jene Anfälle hörten auf.
Laparotomia. Enteroanastomosis.	Man fand im Colon ascendens eine narbige Verengung.	Stenosis coli ascendentis.	Mors in 24 Stunden	
Laparotomia. Resectio coeci. Enteroraphia. 12. Februar 1891.	Man fand das Coecum tuberculös infiltrirt und faustgross.	Stenosis coeci tuberculosa.	San in 3 Wochen.	Nach 2 Jahren gesund.

dominalis) eine diagnostische Laparotomie behufs Aufsuchung mechanischer Hindernisse erfordern und seine Ansicht bekräftigte er beredt durch Beschreibung neun charakteristischer Fälle. Indem ich der Behauptung Lauenstein's zustimme, füge ich noch hinzu, dass man desto weniger dort warten solle, wo schon Occlusionserscheinungen hervortreten, denn beim langen Warten bilden sich derartige Verhältnisse aus, die einen guten Verlauf so schwerer Operationen, wie die Darmresection oder Enteroanastomosis, nicht sehr begünstigen. Sind denn die bei No. 91 und 94 angeführten Fälle nicht die beste Illustration? Die erste Patientin wurde einer ganzen Reihe von Operationen unterzogen, einer Enterostomie, dann der Vernähung derselben und zuletzt einer Enteroanastomosis, bis sie endlich einer allgemeinen tuberculösen Infection erlag, die von jenem tuberculös infiltrirten, im Körper zurückgebliebenen Blinddarm ihren Ursprung nahm. Der zweite frühzeitig operirte Fall verlor durch die Resection seinen ähnlich infiltrirten Blinddarm und erfreut sich bis nun (das dritte Jahr geht schon zu Ende) einer guten Gesundheit.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass man in den Fällen dieser Kategorie oft durch Anwendung mancher innerer Mittel, wie Abführmittel, sehr reichlicher und hauptsächlich viel Kohlensäure enthaltender Clysmata einen erwünschten Erfolg erreichen kann.

Diese Behandlung ist aber keine radicale, sondern eine symptomatische und alle Vorwürfe der Internisten beziehen sich gewöhnlich auf diese Fälle. In der That wiederholen sich diese Anfälle

Tabelle XI.

Tuberculosis

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheitstag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
95.*	Frajda Rubel, 12 Jahre.	Seit 24 Stund.	Plötzlicher Schmerz nach Geniessen von Früchten, kugelförmige Blähung, vermehrte Peristaltik, Erbrechen, geringe Kräfte.	Diagnosticirt: Torsio intestin.
96.	Rudel Kemplerowa, 43 Jahre.	6 Monate resp. 12 Tage.	Oefters Schmerzen, mässige Aufblähung. Vermehrte peristaltische Darmbewegung, Erbrechen.	Diagnosticirt: Strictura cicatricalis.
97.	K., 14 Jahre.	Seit 5 Tagen.	Gleichförmiger Meteorismus, plötzliche und fortwährende Schmerzen, Erbrechen, geringe Kräfte.	Diagnosticirt: Torsio c. peritonitide incipiente.
98.	Franciszka Beldowa, 25 Jahre.	Seit 10 Tagen.	Plötzlicher Schmerz, Kotherbrechen. öftere Anfälle, mässige Blähung. Vermehrte peristaltische Darmbewegung.	Man vermuthete eine Darmstenose.

Die vier oben unter dem Namen Peritonealtuberculose angeführten Fälle gehören eigentlich zur IX. Gruppe als solche Darmocclusionen, die durch anguläre Infraction hervorgerufen wurden; ich fasste sie zusammen und bildete eine separate Gruppe mit der Absicht, um sie näher in Betracht zu ziehen und ihr Verhältniss klar zu legen. Sie weisen klar nach, wie man sich auf einige Symptome genau stützen und, dieser Richtung folgend, zur wirklichen Ursache gelangen und sie beseitigen kann. Der erste Fall No. 95 ereignete sich mir noch zu einer Zeit, wo ich mir einerseits noch nicht recht über Occlusionssymptome Rechenschaft ablegte und andererseits keinen klaren Begriff vom Einflusse der tuberculösen Knötchen auf das Bauchfell hatte. Als ich damals auf Grund der Anamnese und der Symptome eine acute Torsion oder eine innere Incarceration diagnosticirte und nach Eröffnung

nach einem gewissen Zeitraume und veranlassen im Aeussersten entweder einen letalen Ausgang oder nöthigen zur Operation, die in schlimmeren Verhältnissen als vorher ausgeführt wird.

Tabelle XI.

peritonei.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. 21. Juli 1887.	Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand man das Peritoneum ganz mit kleinen weissen Knötchen besäet. Die Bauchdecken wurden vernäht.	Peritonitis tuberculosa.	Mors in 24 Stund.	Es war angezeigt, die eigentliche Ursache der Occlusion aufzusuchen.
Laparotomia. 11. September 1888.	Man fand das Ileum mit dem Coecum verwachsen und eine Masse bildend, zahlreiche weisse Knötchen. Wunde vernäht.	Strictura coeci tuberculosa et Tubercul. peritonei.	Mors in 24 Stund.	Man sollte eine Enteroanastomosis ausführen.
Laparotomia.	Man fand am Peritoneum zerstreute Knötchen und eine durch die entarteten Drüsen verursachte winkelige Einknickung.	Accretio angularis tubercul. periton. et gland.	Mors in 24 Stund.	—
Laparotomia. 8. April 1893.	Man fand am Peritoneum zerstreute weisse Knötchen und eine winkelige Adhäsion an den entarteten Drüsen.	Accretio angularis tuberc. peritonei.	San. am 20. Juni 1893.	Vom Husten Dehiscentia vulneris.

der Bauchhöhle das ganze Peritoneum mit Knötchen besäet fand, schloss ich sofort die Bauchwunde in der Vermuthung, dass diese Erscheinungen durch Peritonealtuberculose hervorgerufen würden, obwohl, der Wahrheit gemäss, ich dann immer über diesen Fall nachdachte, denn er stimmte nicht mit den Symptomen, die ich vor der Operation vorfand. Als ich nach einem Zeitraume mehr an Erfahrung gewann und immer mehr mich überzeugte, dass die vermehrte peristaltische Darmbewegung einem mechanischen Hindernisse entsprechen muss und weiter in Erfahrung brachte, dass die Tuberculose als solche durch die Laparotomie selbst geheilt werden kann, hielt ich die folgenden Fälle für nicht verloren, sondern suchte die eigentliche Krankheitsursache auf, fand sie immer und beseitigte sie. Wenn ich zwar von 4 Kranken nur einem das Leben rettete, halte ich doch das Resultat für einen ausserordent-

lichen Gewinn — es ist aber zu hoffen, dass angesichts der bestätigten Erfahrung, dass die Tuberculose selbst als solche keinen Darmverschluss hervorrufen kann, wir öfters derartige Erfolge antreffen werden. Zuletzt habe ich noch die Aufmerksamkeit auf den letzten dieser vier Fälle (No. 98), der eben günstig verlief, zu lenken; am 7. Tage nach der Operation nach Entfernung der Nähte ging nämlich die Laparotomiewunde wegen starken Hustens auseinander. Ich versuchte auch hier, wie im vorigen Dehiscenzfalle,

Tabelle XII. **Occlusio intest.**

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheitstag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
99.*	Marya Ch., 30 Jahre.	Seit 6 Tagen.	Der Bauch mässig gebläht, kein Stuhlgang, Erbrechen. Ausgedehnter Tumor im linken Hypogastrium. Sehr geringe Kräfte.	Unsichere Diagnose, allgemein nur Occlusio.
100.*	Bazyli Remeza, 44 Jahre.	Seit 6 Wochen.	Der Bauch muldenförmig eingesunken. Der Magen erweitert, fortwährendes Erbrechen. Es begann mit Schmerzen in der Coccalgegend.	Diagnosticirt: ein Hinderniss in der Duodenalgegend.
101.	Regina Piętak, 62 Jahre.	Seit 2 Tagen.	Kysta ovarii, Bauchschmerz, Erbrechen, Singultus.	Diagnosticirt: Occlusio ex comp. kystom. torsi.

Mit Ausnahme des Falles No. 100, welcher eigentlich zu den mit Vereiterung des Processus vermiformis behafteten Krankheitsfällen gehört, beweisen die zwei anderen, dass, wenn zu den in der Bauchhöhle befindlichen Tumoren Symptome einer Darmocclusion

Tabelle XIII. **Peri-**

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheitstag.	Aeim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
102.*	Franciszek Szymko, 37 Jahre.	Seit 4 Tagen.	Bauchschmerzen, kein Stuhl, öfters Erbrechen, mässige Blähung, Peristaltik nicht vermehrt. Temp. 38,2, Singultus, Collaps, Hydrocele!	Diagnosticirt: eine Darmincarceration entweder in Hydrocele oder eine innere.

frische Nähte anzulegen, da aber die Wundränder wegen Mürbigkeit nicht dazu geeignet waren, verband ich die in der Wunde liegenden und in Folge Verwachsungen sich nicht zu sehr nach aussen drängenden Darmschlingen mit einer dicken Schicht Jodoformgaze, die durch einen dicht anliegenden Verband festgehalten war. Auf diese Weise brachten wir es dahin, dass nach 2 Monaten die Wunde sich zur Grösse zweier Kronen verkleinerte und der allgemeine Zustand durch den Einfluss von Kreosot sich ansehnlich verbesserte.

ex compressione. Tabelle XII.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. 31. Mai 1885.	Man fand Graviditas extrauterina. Berstung des Eies, Blutung.	Occlusio ex compressione gravidit. extrauterinae.	Mors in 3 Stund.	—
Laparotomia. 20. Januar 1888.	Man fand zahlreiche Verwachsungen, die vom Coecum zum Duodenum reichten.	Accretia diffusa.	Mors in 9 Tagen.	Die Section wies im Magen eine klappenartige Falte und einen Abscess vom Coecum zum Zwerchfell nach.
Laparoovariotomia. 18. März 1893.	—	Bestätigte sich.	San. am 3. April 1893.	—

hinzutreten, es angezeigt ist, wie am schnellsten zu operiren, denn nur die Operation kann die Kranken retten. Hierher gehört auch der Fall No. 89, welcher anderer Gründe halber dort eingereiht werden musste.

tonitis. Tabelle XIII.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Op. rad. Hydrocelis; dein Laparotomia. 29. April 1885.	Gefunden: Ileum stellenweise geröthet, mit fibrinösem Exsudate bedeckt und wie verklebt.	Auf dieser Basis nahm man eine Peritonitis circumscr. ad ulcer. typhosa an.	San. am 18. Mai 1885.	Nach der Laparotomie sofort Linderung!

Laufende Nummer.	Vor- und Zunahme, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
103.	Lebel Goldstein, 30 Jahre.	Seit 1 Mon. schleich. und seit 3 Tagen Ileus.	Schmerzen, elastischer, fluctuirender, mannskopfgrosser Tumor, Erbrechen, schwache Kräfte.	Peritonitis supp. circumscr.
104.	Wojeiech Pirog, 39 Jahre.	28 Tage resp. 5 Tage	Hitze, Schüttelfrost, nach 14 Tagen noch Bauchschmerzen, Erbrechen, Singultus, seit 5 Tagen kein Stuhl und keine Winde. Peristaltik vermehrt.	Man vermuthete eine Infractio angularis einer Darmschlinge.

Diese Gruppe umfasst Krankheitsfälle, die laut der durch die Operation oder Section begründeten Diagnose genau betrachtet, hierher nicht gehören. Dennoch reihe ich sie zufolge des klinischen Bildes und demnach der vor der Operation gestellten Diagnose hier ein.

Bei näherer Betrachtung dieser Gruppe zeigt es sich, dass bei zwei Patienten die Laparotomie überflüssig war, und zwar in den Fällen No. 102 und 104, und dennoch trat beim ersten nach der Operation eine sofortige Linderung und sogar Heilung ein; im zweiten Falle brachte die Operation nicht nur keinen Schaden, sondern sie verschaffte eine Linderung.

Nach meinen heutigen Begriffen sollte ich beim Falle No. 102

Tabelle XIV.

Herniae incarce-

Laufende Nummer.	Vor- und Zunahme, Alter.	Krankheits-Tag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
105.	Jan Czekaj, 20 Jahre.	8 Tage.	Mässige Aufblähung, Peristaltik vermehrt, Erbrechen, im Inneren des rechten Leistencanals eine kleine, schmerzhafte Geschwulst. War nicht mit einem Bruch behaftet.	Hernia incarcerata interna.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. 30. Septb. 1888.	5 Liter Eiter hinausgelassen, Peritonealränder zugenäht und mit Jodoformgaze tamponirt.	Bestätigte sich.	Mors am 9. Tage.	Keine Section gewesen. Krankheits- u. Todesursache unbekannt.
Laparotomia. 27. Septb. 1891.	Man fand einige Liter milchfarbiger, leicht gerinnender Flüssigkeit zwischen den Gedärmen.	Peritonitis chylosa. (?)	Mors nach 4 Wochen ex inanitione.	Section wies nach: Carcinoma hepatis et gland. mesaraicarum.

keine Laparotomie vornehmen; aber beim Kranken No. 104 möchte ich mich jedenfalls auf Grund der vermehrten peristaltischen Darmbewegung dazu entschliessen und meiner Ansicht nach vortheilhaft vorgehen; dass aber die ursächliche Krankheit unheilbar ist, ist schon nicht die Schuld der Methode, die das Ihrige geleistet hat, denn sie beseitigte die Occlusionserscheinungen.

Zum Schluss füge ich noch eine Tabelle hinzu, die zwar sechs Fälle von Herniae incarceratae umfasst, bei denen ich aber deshalb zur Ausführung der Laparotomie genöthigt wurde, weil es schwierig war, zu unterscheiden, ob der Darm im Bruchsacke oder irgend wo anders eingeklemmt war.

Tabelle XIV.

ratae occultae.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. 20. Septb. 1889.	Bei der Operation: Der Dünndarm in der Hälfte ausgedehnt und in der anderen Hälfte eingesunken und bis 5 Ctm. in den Leistencanal hineingezogen, woher sie leicht herauskommen. Der Canal verwachsen.	Hernia properitonealis dextra.	San. am 18. Oct. 1889.	—

Laufende Nummer.	Vor- und Zuname, Alter.	Krankheitstag.	Beim Untersuchen vorgefundene Krankheitszufälle.	Diagnose vor der Operation.
106.	Leopold Schmidt, 48 Jahre.	8 Tage.	Hern. inguin. sin. libera. Gleichmässige Bauchaufblähung. Ausgeprägte vermehrte Peristaltik, Erbrechen, kein Stuhl, Collapsus, schwindender Puls.	Hernia incarcerata interna.
107.	Ruchla Englert, 37 Jahre.	4 Tage.	Der Bauch gleichmässig gebläht. Peristaltische Darmbewegung vermehrt. Erbrechen. Unterhalb des linken Poupart'schen Bandes ein Tumor.	Hernia cruralis incarcerata.
108.	Magdalena Zduleczna, 68 Jahre.	14 Tage.	Mässige Blähung. In der rechten Leistengegend und oberhalb derselben eine Geschwulst, Erbrechen, Diarrhoe. Kräfte ziemlich gut.	Hernia Littriana vera. crur. dex.
109.	Maryanna Rzepka, 62 Jahre.	8 Tage.	Der Bauch kugelförmig gebläht. Vermehrte Peristaltik. Schmerzen, Erbrechen. In den Leistengegenden keine Geschwülste.	Occlusio intest. interna. (Strangulatio?)
110.	Franciszek Walczak, 30 Jahre.	6 Tage.	Obwohl man einen linken Leistenbruch reponirt hat, fühlt man in der Tiefe eine Geschwulst. Fassförmiger Bauch, anfallsweise Schmerzen. Vermehrte Peristaltik. Erbrechen.	Diagnosticirt: Repositio spuria herniae incarceratae.

Diese Gruppe habe ich, wie schon oben erwähnt, den inneren Darmocclusionen, obwohl man hauptsächlich äussere Tumoren constatirt, desshalb einverleibt, weil die ungewöhnlichen Verhältnisse dieser Brüche das Vornehmen der Laparotomie erforderten. Es gelang mir drei von diesen sechs Fällen zu retten = 50 proc. Sterblichkeit. Dieses Procent sehe ich noch für hoch an und es ist nur diesem Umstande zu verdanken, dass alle diese Fälle sich zu spät zur Operation meldeten. Der niedrigste Termin war 4 Tage und stieg bis zu 14 Tagen. Was hier der Grund der Verzögerung war, begreife ich nicht, denn in fünf dieser sechs Fälle war doch der Tumor äusserlich sichtbar!!

Wenn wir dieses zahlreiche Material einer genauen Durchsicht unterziehen, bemerken wir, dass bei 110 Darmocclusionen die Laparotomie 92 als derartige, wo ein mechanisches Hinderniss als Ursache vorhanden war, und 18 sogenannte functionelle Darmverschlussfälle (Ileus paralyticus) nachwies.

Operation.	Während der Operation vorgefundene Einzelheiten.	Diagnose nach der Operation.	Ausgang.	Anmerkung.
Laparotomia. 19. Septb. 1890.	Man fand zwei Bruchsäcke, einer führt durch den Leistencanal und der andere unter das Peritoneum und dort die Incarceration.	Hernia properitonealis incarcerata.	Mors etliche Stdn. nach der Operation.	Asphyxia vomitoria.
Herniotomia. Laparotomia. Resectio intest. 15. Februar 1891.	Um die Darmresection zu erleichtern, wurde die Laparotomie ausgeführt.	—	San. in 30 Tagen.	—
Herniolaparotomia. Resectio intest. 6. April 1891.	Man fand die vordere Wand divertikelartig und incarcerirt, die hintere frei; resecirt 20 Ctm.	—	San. in 18 Tagen.	NB. Auch der Proc. vermiformis wurde weggenommen.
Laparotomia. 14. Mai 1892. Anus praeternat.	Jejunum gebläht und geröthet, Ileum eingesunken, geht in den Canalis cruralis dext. hinein. Beim Herausnehmen geborsten.	Hernia minimalis crur. incarcer.	Mors in 5 Stund.	—
Laparotomia. Resectio intest. Enterorhaphia. 29. April 1893.	Man fand ein separates Diverticulum des Bruchsackes, welches unter das Peritoneum führte.	Hernia inguin. sin. properitonealis incarcer.	Mors am 6. Tage.	Die Darmnaht liess an einer Stelle nach.

Von jenen 92 Fällen erster Kategorie kommen 13 daher in Abzug, weil ich ursprünglich die einzelnen Symptome nicht notirte oder nicht so genau beobachtete. Von den zurückgebliebenen 79 Fällen beobachtete man nur in 8 keines der beiden charakteristischen Kennzeichen und zwar weder die vermehrte peristaltische Darmbewegung noch die beständig unbeweglich bleibende, aufgeblähte Darmschlinge (Meteorismus localis); wahrscheinlich darum, weil diese acht zu den vernachlässigten, denn mehr als eine Woche dauernden Fällen gehörten.

Dafür wurden in 71 Fallen entweder das eine oder das andere oder beide Symptome zusammen observirt. Und so:

Die vermehrte peristaltische Bewegung allein	bemerkte	ich	31 Mal
Den localen Meteorismus allein	„	„	27 „
Beide Symptome zusammen	„	„	13 „
			71

Bei 18 Fällen bestätigter functioneller Occlusion konnte man nur bei drei Kranken einem der oben erwähnten Symptome be-

gegnen, was davon herrührte, dass vor dem Hineingerathen des Darminhaltes in die Peritonealhöhle Verwachsungen entstanden, die einerseits vor der Ausbreitung der Entzündung schützteu und anderseits als mechanisches Hinderniss wirkten.

Diese Zahlen sind so beredsam, dass sie mich zu dem Schluss berechtigen, dass dort, wo wir ausser den gewöhnlichen Occlusionssymptomen, wie Stuhlverstopfung, Erbrechen, Schmerzen und Bauchaufblähung, noch eins der charakteristischen Merkmale, wie vermehrte Darmbewegung und localen Meteorismus vorfinden, wir mit Gewissheit behaupten können, dass wir mit einem mechanischen Darmhindernisse zu thun haben, das radical nur vermittelst der Operation beseitigt werden kann. Das betrifft hauptsächlich frische Fälle, denn das Fehlen dieser Erscheinungen in einem vernachlässigten Falle erlaubt uns nicht auf einen entgegengesetzten Zustand zu folgern. Alle beiden Symptome können dort erscheinen, wo eine, in der Bauchhöhle gedrückte Darmschlinge nicht zu klein ist, um zwischen den anderen Gedärmen zu verschwinden und daher als ein unbeweglicher nach aussen hervorgewölbter Darmabschnitt beobachtet und betastet werden kann, wie es bei einer Invagination, einer geringen Torsion etc. vorkommt; anderseits darf diese Darmschlinge nicht zu gross sein, damit die Bewegungen in dem oberhalb des Hindernisses befindlichen Abschnitte noch gut bemerkt werden können.

Dieses letzte Symptom wird nur dann allein bemerkbar sein, wenn die eingeklemmte Darmschlinge sehr klein oder tief in der Bauchhöhle gelegen sein wird, oder wenn das mechanische Hinderniss durch eine einfache quere Darmumschnürung oder durch Verstopfung eines Darmabschnittes durch einen Stein, Neugebilde und dergleichen gebildet wird.

Der locale Meteorismus wird wieder allein beobachtet werden, wenn die incarcerirte Darmschlinge sehr gross ist, wie dies z. B. bei einer Axendrehung eines grösseren Dünndarmabschnittes oder der S-förmigen Krümmung vorkommt, wobei die aufblähenden Gase diesen Darmtheil nach vorne drängen, wodurch eine typische Zeichnung der subcutan sich markirenden aber unbeweglichen Darmschlingen entsteht. Im letzten Falle nimmt der Bauch gewöhnlich unregelmässige Formen (Meteorismus irregularis) an und die Zeichnung der geblähten Darmschlingen nimmt so viel

Platz an der Bauchoberfläche ein, dass die Bewegungen des oberhalb gelegenen Darmabschnittes entweder gar nicht oder nur ausnahmsweise bemerkt werden können. Wenn wir eine kugelförmige und gleichmässige Bauchaufblähung ohne Darmbewegungen und ohne sich zeichnende Darmcontouren vorfinden, werden wir einen functionellen Darmverschluss diagnosticiren (Ileus paralyticus), und dieser kann entweder vom Durchbruche des Inhaltes eines der Bauchorgane in den Peritonealraum (Koth, Galle, Harn) oder von einer intensiven Entzündung oder sogar Reizung eines dieser Baucheingeweide herrühren, wobei Exsudate entweder subperitoneal oder im Bauchfellraum entstehen. Im letzten Falle kommt es nach vorherigen Darmverlöthungen zu einem abgegrenzten Abscesse oder, wenn keine Adhäsionen vorhanden, zu einer Peritonitis universalis.

Ich darf es aber nicht verschweigen, dass man Fälle antrifft, bei denen man Bauchschmerzen, Erbrechen, Obstipation zugleich mit gleichförmiger Bauchaufblähung beobachtet und die im wahren Sinne des Wortes hierher nicht gehören. Diese Krankheitszufälle werden durch ein Peritonealcarcinom hervorgerufen, das man oft an dem freien, in der Bauchhöhle befindlichen Transsudate und an den Unebenheiten, die der Finger durch den Mastdarm entdeckt, erkennen kann.

Gestützt auf dieser Basis können wir versuchen bei Berücksichtigung anderer Umstände, wie der Anamnese, der Art der Schmerzen, des Resultates der Untersuchung per rectum, des Verhaltens des Erbrechens, der Körpertemperatur, der Kräfte des Kranken, des Pulses, des Gesichtsausdruckes und vieler anderer Einzelheiten eine specielle Diagnose zu stellen und zugleich ein Gutachten abzugeben, ob im Allgemeinen eine Laparotomie sofort erforderlich sei oder ob man dieselbe noch aufschieben kann, ob man Laxantia oder Narcotica darreichen soll.

Wenn wir uns nach diesen Grundsätzen richten, werden wir öfter als bis nun Laparotomien vorzunehmen Gelegenheit haben; um aber sicherere Anzeichen zu haben, ist es angezeigt, sich auf ein viel grösseres als das bisherige Material zu stützen und, um die Untersuchungsmethode gleichförmig vorzunehmen, erlaube ich mir, das ergänzte ältere Schema anzugeben, nach welchem man Notizen bei jedem wegen Darmverschlusses verdächtigen Falle machen soll.

I. Die Anamnese soll folgende Fragen umfassen:

1. Wie lange dauert das gegenwärtige Leiden?
2. Ob es allmälig ob plötzlich aufgetreten ist?
3. Ob es das erste Mal erscheint, ob es recidivirt und im letzten Falle wie oft und auf welche Weise?
4. Ob keine dazu disponirenden Krankheiten vorkamen und zwar: Typhus, Dysenterie, Entzündungen des Bauchfelles oder anderer vom Peritoneum bedeckter Organe? keine chronische Obstipation, keine Nieren- oder Gallenkolik?
5. Ob keine unmittelbaren Ursachen waren, wie: kein heftiger Schlag in den Unterleib, keine Erkältung, kein Essen unverdaulicher Dinge? Ob kein Bruch reducirt war?
6. Ob Bauchschmerzen erscheinen? Und wenn diese vorhanden sind, ob anfallweise oder ob fortwährend dauernde?
7. Ob keine Kreuzschmerzen?
8. Bei Frauen überdies: Wie verhält sich die Menstruation? ob keine Schwangerschaft?

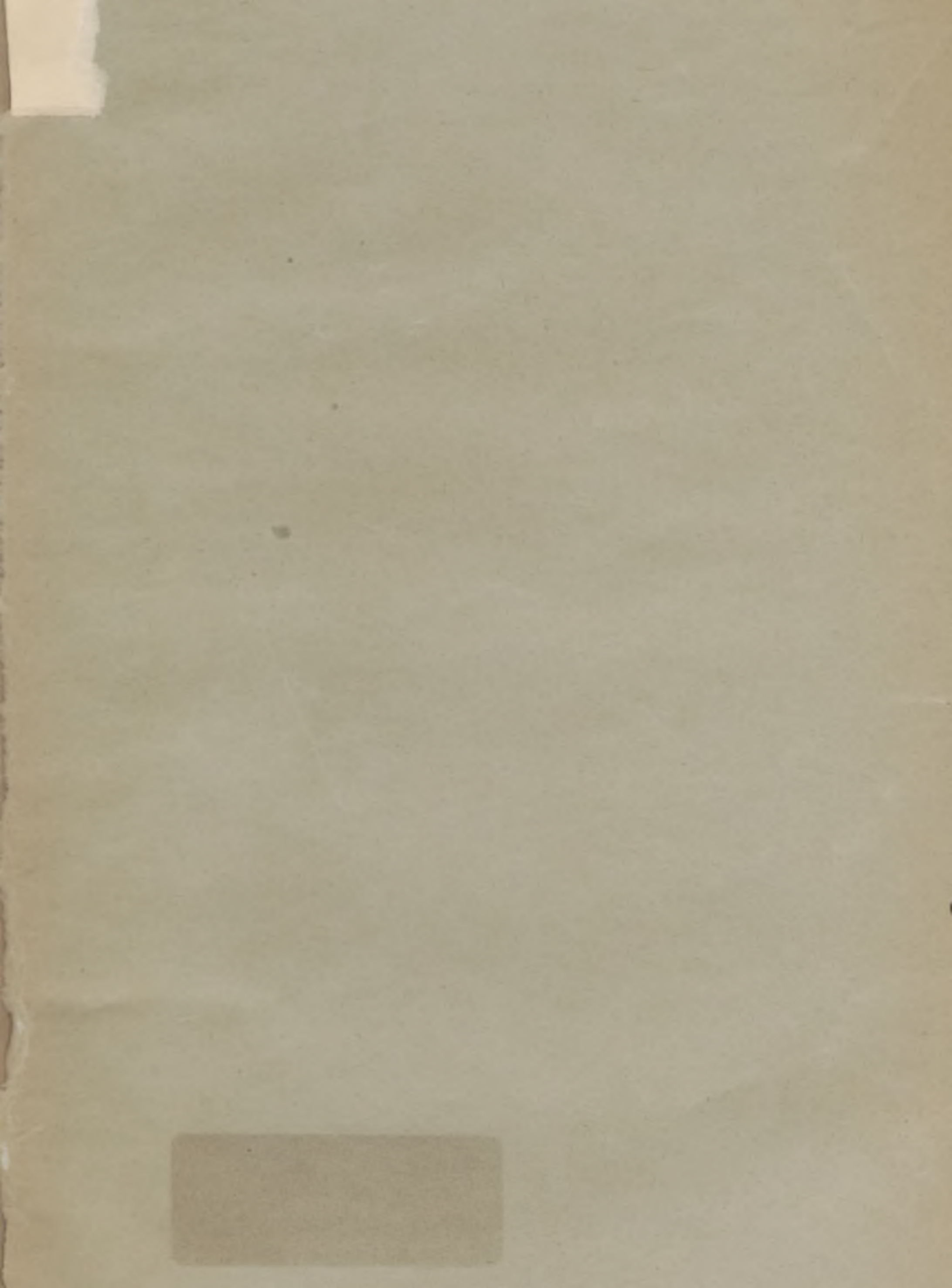
II. Die Untersuchung soll die Aufmerksamkeit auf folgende Momente lenken:

9. Wie ist der Puls und die Körpertemperatur?
10. Wie sind die Kräfte des Kranken?
11. Die Bauchgestalt: ob gebläht, ob eingesunken? im ersten Falle, ob gleichmässig kugelförmig, ob unregelmässig?
12. Ob keine sich schattirende oder sich zeichnende und unbeweglich in einer Position bleibende Darmschlingen an der Bauchoberfläche bemerkbar sind?
13. Ob kein Widerstand beim Betasten oder ob kein tiefliegender Tumor?
14. Ob keine vermehrte Darmbewegung?
15. Ob beim Berühren der ganze Bauch oder nur eine Stelle schmerzhaft sei?
16. Ob keine freie Flüssigkeit im Peritonealraum vermittelst der Percussion eruirbar?
17. Ob beim Schütteln kein metallischer Schall hörbar?
18. Wie verhält sich das Erbrechen? ob öfters und wann es erscheint? ob mit Koth?
19. Ob kein Bruch?
20. Ob keine Störungen beim Harnlassen?

21. Ob im Mastdarm kein Schleim mit Blut vorhanden? Ob kein von einem härteren Körper herrührender Widerstand fühlbar?
22. Bei Vornahme einer Operation ist es angezeigt, abgesondert die vor der Operation gestellte Diagnose, und separat die während der Laparotomie vorgefundenen Verhältnisse und die an denselben gestützte Diagnose zu notiren.

Indem ich meinen Bericht zum Schlusse führe, muss ich die Hoffnung ausdrücken, dass wir bei genauer, nach der oben angegebenen Art und Weise durchgeführter Beobachtung der Darmocclusionsfälle, besonders in den Krankenanstalten, in kurzer Zeit zu sicheren Merkmalen gelangen werden, auf Grund welcher wir die einzelnen Formen zu erkennen im Stande sein werden; gegenwärtig müssen wir uns wenigstens damit begnügen, dass wir Mittel besitzen, um die beiden, für die Praxis so wichtigen Arten, wie die mechanische oder wesentliche von der functionellen Darmocclusion, zu unterscheiden. —






BOOKKEEPER 2012
0010168550